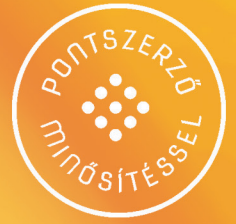


NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

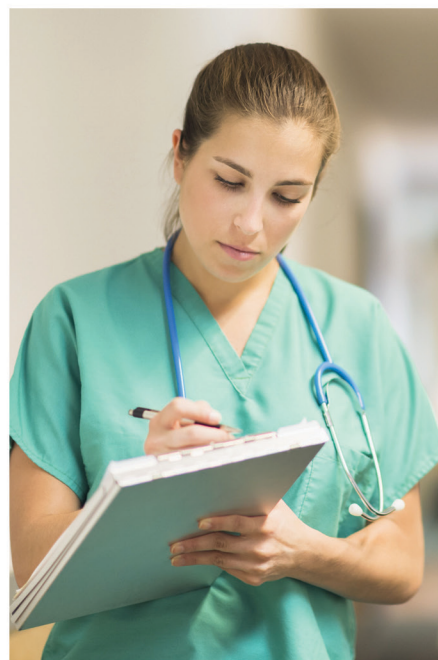
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2020. 33. ÉVFOLYAM 6. SZÁM

A TARTALOMBÓL

Időskori ápolásban használható robotokkal szembeni
előítélet és elfogadottság vizsgálata

A foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörői



**VIGYÁZZUNK
EGYMÁSRA!**

**MINDEN
ÉLET
SZÁMÍT**

www.koronavirus.gov.hu

Készült Magyarország Kormánya megbízásából.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2020;33(6):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÁPOLÁSTÖRTÉNET	
A foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörői	4
<i>Dr. Hirdi Henriett Éva PhD, Szobota Livia, Soós Georgina, Barnaföldi Vivien Nóra</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS	
A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozói körében	11
<i>Stankovic Mona, Jagodics-Varga Leila, Dr. Babik Barna PhD, Dr. Pető Zoltán PhD, Dr. Tőrek Annamária PhD</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNY	
Időskori ápolásban használható robotokkal szembeni előítélet és elfogadottság vizsgálata	19
<i>Vass Dezső, Árvai László, Dr. Habil Oláh András</i>	
Prospektív életminőség vizsgálat csípőízületi endoprotézis beültetése után	27
<i>Somlyai Gyöngyi, Dr. Skaliczki Gábor, Dr. Antal Imre, Dr. Perlaky Tamás, Piroška Nikolett, Dr. Sallai Imre</i>	
ÁPOLÁSVEZETÉS	
A krónikus fekvőbeteg szakellátás helyzetelemzése országos, megyei és intézményi adatok alapján	33
<i>Schleiermóna Rónaszéki Julianna, Lóth Erika, Gazsó Tibor, Kíves Zsuzsanna, Dr. Endrei Dóra</i>	
KITEKINTÉS	
Az ápolás jövője 2020-2030	39
<i>Dr. Hirdi Henriett Éva PhD</i>	

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
HISTORY OF NURSING	
Pioneers in Occupational Health Nursing	4
<i>Henriett Éva Hirdi PhD, Livia Szobota, Georgina Soós, Vivien Nóra Barnaföldi</i>	
ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION	
Investigation of the burnout syndrome among the employees of the Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy at the University of Szeged	11
<i>Mona Stankovic, Leila Jagodics-Varga, Barna Babik PhD, Zoltán Pető PhD, Annamária Tőrek PhD</i>	
ORIGINAL CONTRIBUTION	
Survey of preconception and acceptance of the robotic care among elderly people	19
<i>Dezső Vass, László Árvai, András Oláh PhD</i>	
Prospective life-quality study after total hip replacement	27
<i>Gyöngyi Somlyai, Gábor Skaliczki, Imre Antal, Tamás Perlaky, Nikolett Piroška, Imre Sallai</i>	
NURSING MANAGEMENT	
The analyses of chronic inpatient care by national, county and institutional level data	33
<i>Julianna Schleiermóna Rónaszéki, Erika Lóth, Tibor Gazsó, Zsuzsanna Kíves, Dóra Endrei</i>	
OUTLOOK	
The Future of Nursing 2020-2030	39
<i>Henriett Éva Hirdi PhD</i>	

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét és pontszerző továbbképzési kötelezettségének teljesítését is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)
Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Váreg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Dr. Maroska Anikó

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálataival, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátézné Horváth. Phone/Fax (36-1) 323-2070

SZERKESZTŐI LEVÉL

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK ÁLDOTT, BÉKÉS ÜNNEPEKET ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

A NŐVÉR SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA

A NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat idén is meghirdette karácsonyi rajzpályázatát, melyre – a koronavírus járvány okozta kihívások – ellenére összesen 12 alkotás érkezett be. A zsűri titkos szavazással alakította ki az azonosító kóddal ellátott, névtelen verseny munkák rangsorát. A korábbi évek hagyományainak megfelelően a pályázat első három helyezettjének műveivel kíván a folyóirat Szerkesztősége és Kiadója e lapszámban boldog ünnepeket. A díjazottak és képzőintézményeik nyereményként egy-egy éves Nővér folyóirat előfizetést kapnak. Gratulálunk a díjazottaknak, köszönjük minden résztvevőnek a csodaszép alkotásokat és az iskoláknak, támogató tanároknak az együttműködést!



I. helyezett

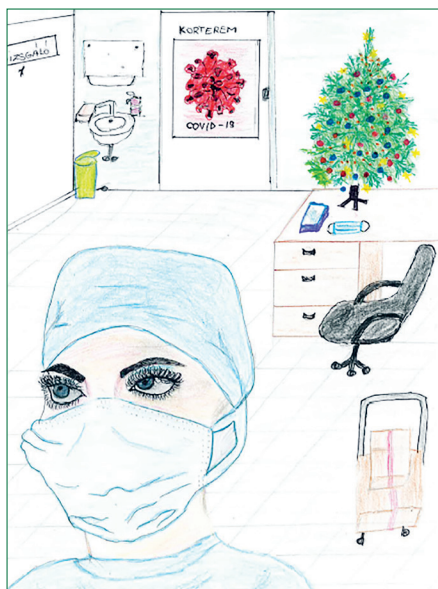
Készítette: **Lakatos Anikó** 10. évfolyam

Karcagi SZC Teleki Blanka Gimnázium, Technikum és Kollégium (Mezőtúr)

II. helyezett

Készítette:
Borbély Réka

9. évfolyam
Széchenyi István
Egyetem Szent-
györgyi Albert
Egészségügyi
és Szociális
Szakgimnázium és
Szakközépiskola
(Győr)



II. helyezett

Készítette:
**Makker Mária
Márta,
Éger Bianka**

9. évfolyam
Pécsi Tudomány-
egyetem
Kelemen Endre
Egészségügyi
Technikum és
Szakképző Iskola
(Székszárd)

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörői

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD, SZOBOTA Livia, SOÓS Georgina,
BARNAFÖLDI VIVIEN Nóra

ÖSSZEFOGLALÁS

A foglalkozás-egészségügyi ápolók tevékenységüket tekintve egyedi területen dolgoznak, arra képezték ki őket, hogy megértsék a munkavégzés és az egészség különös kapcsolatát. A foglalkozás-egészségügyi ápolás kezdete az ipari forradalomra vezethető vissza. Ez a kézirat azokról a foglalkozás-egészségügyi ápolókról fellelhető információkat foglalja össze, akiket a XIX. század végén elsőként (dokumentáltan) alkalmaztak. A szerzők röviden bemutatják az e területen alkalmazott legismertebb ápolók életútját és feladatait.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügyi ápolás, úttörők, ápolástörténet

Pioneers in Occupational Health Nursing

Henriett Éva HIRDI PhD, Livia SZOBOTA, Georgina SOÓS, Vivien Nóra BARNAFÖLDI

SUMMARY

Occupational health nurses play exceptional role in terms of their practice, they are trained to have an understanding of the special interaction between work and health. The beginnings of occupational health nursing can be traced back to the Industrial Revolution. This article is a summary of information about the first documented occupational health nurses in the late 19th century. The authors briefly present the best-known nurses' lifeway and particular roles in this field.

Keywords: occupational health nursing, pioneers, history of nursing

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest
osztályvezető, Nemzeti Adó- és Vámhivatal Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézete, Budapest
elnök, Federation of Occupational Health Nurses within the European Union

SZOBOTA Livia MSc ápoló,
Nemzeti Adó- és Vámhivatal Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézete, Budapest
tag, Federation of Occupational Health Nurses within the European Union

SOÓS Georgina ápoló BSc
hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest műtős szakasszisztens, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő, Ortopéd-Traumatológiai Osztály, Budapest

BARNAFÖLDI Vivien Nóra
önkéntes segítő, tanuló,
Kanizsay Dorottya Katolikus Gimnázium, Egészségügyi Technikum és Szakképző Iskola, Budapest

Levelező szerző

(correspondent):

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD;
E-mail: hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2020. december 5.
Elfogadva: 2020. december 10.

Bevezetés

Amikor történelmi tanulmányaink során a második ipari forradalomról hallottunk, mely a XIX. században elsőként Angliában, majd az Amerikai Egyesült Államokban indult el, megtanultuk, mi-

lyen jelentős társadalmi, gazdasági és technológiai változások zajlottak le. Azonban miközben elcsúszott, hogy a kis céhek, manufaktúrák helyét átvették a gyárak, a kevesebb munkaerőt igénylő fejlettebb mezőgazdaságból az ipar felé áramlottak a munkát keresők, megindult az urbanizáció, vala-

mint a nők és gyermekek is munkába álltak. Eközben mégsem kötöttük össze gondolatban, milyen hatással volt mindez az egészségükre, vagy épp a fertőző megbetegedések terjedésére, miképp valósult meg egészségügyi ellátásuk. Arról pedig végképp nem esett szó a történelemkönyvek lapjain, hogy ekkor alakult ki a foglalkozás-egészségügyi szakápolói hivatás.

Az amerikai és angolszász foglalkozás-egészségügy fejlődését bemutató szakirodalmakban három ápoló került kiemelésre ebből a korszakból, akiket a foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörőiként említene, habár munkásságuk alatt nem is sejtették, hogy egy új professzió alapjait teszik le. (Megj. Amerikában 1976-ig üzemi (ipari) ápolásként „*industrial nursing*”, majd foglalkozás-egészségügyi ápolásként „*occupational health nursing*”, jelenleg foglalkozás és környezet egészségügyi ápolásként „*occupational and environmental health nursing*” nevezik e szakterületet.) Mind az Egyesült Királyságban, mind pedig az Amerikai Egyesült Államokban a XIX. század végén kezdtek el a nagy munkavállalói létszámot foglalkoztató gyáraknál, ipari területeken ápolókat alkalmazni. Angliában Philippa Flowerday-t tekintik az első üzemi (ipari) ápolónak, míg amerikában Betty Moulder és Ada Mayo Stewart neve maradt fenn a köztudatban (Parker-Conrad, 1988; Thompson & Wachs, 2012).

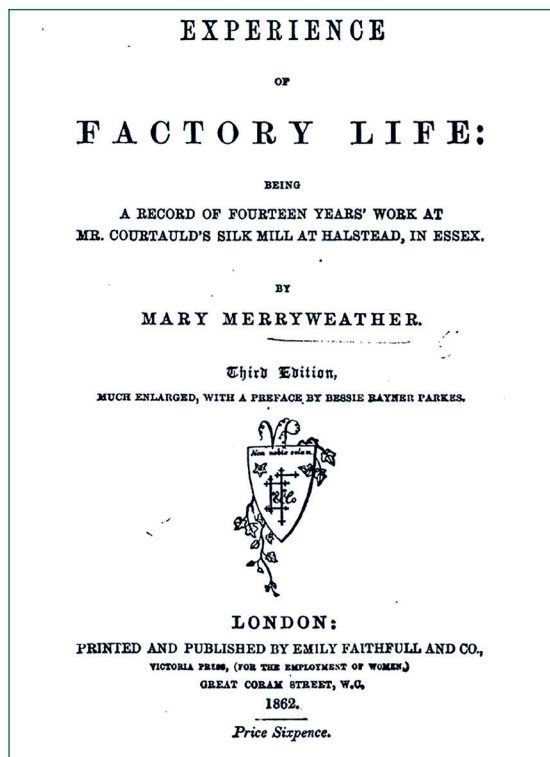
Ugyanakkor a digitalizációnak köszönhetően újabb és újabb kincsek kerülnek elő a múltból, és az elmúlt évszázadok történetéből – ha időnként csak pillanatképek villannak is fel, de – egyre többet meg tudhatunk, megérthetünk. Sőt, akár meglepő kutatási eredményeket is találhatunk, mint például, amikor rácsodálkozhattunk arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés elődjének tekinthető gyárgondozónő képzés Európában először hazánkban indult el 1933-ban (Hirdi, 2013). Hasonló módon bővül más országok ismeretanyaga is, és kerülnek elő újabb nevek, helyszínek, amikor a foglalkozás-egészségügyi ápolás kezdeteit kutatják.

Jelen kéziratban azon ápolókról szeretnénk röviden megemlékezni, akik a foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörőinek tekinthetők.

Mary Merryweather – 1847

A legfrissebb kutatási adatok alapján Angliában már Philippa Flowerday előtt is alkalmaztak gyári munkások egészségügyi ellátására egészségügyi felügyelőt. Így a legelső angliai e területen alkalmazott ápolónak Mary Merryweather-t tekinthetjük (Back, 2013). Az Egyesült Királyságban 1794-ben létrehozott Courtaulds a szövetség-, ruházat-, mesterséges szálak és vegyszerek gyártójaként világszerte gyárrá nőtte ki

1. kép: Mary Merryweather által publikált könyv fedőlapja (Forrás: Merryweather, 1862)



magát. 1818-ban tovább terjeszkedett és új üzeme részeket nyitottak meg, többek között Halstead-ban is. A gyárban 1838-ban a dolgozók 92%-a fiatal nő volt. 1850-ben már több, mint 2000 dolgozója volt a gyárnak a 3 telephelyén (Courtaulds, 2020). Mary Merryweather-t 1847-től alkalmazták a gyárban, ahol 14 évig dolgozott, mely alatt betegeket látogatott, esti iskolát, gyermekmegőrzőt hozott létre, és egészségnevelést végzett a munkásnők körében. Kilepését követően egy közel 80 oldalas tanulmányban osztotta meg tapasztalatait és intézkedéseit a gyári munkások egészségi állapotával, gyermekgondozási nehézségeivel összefüggésben (Merryweather, 1862) **(1. kép).**

Életéről jelenleg kevés információ lelhető fel. Szerpel a szüfrazettek – a nők politikai egyenjogúságáért, elsőként a választójogáért kiálló és küzdő nők – adatbázisában. E szerint 1813-ban született és a St Thomas' Hospital Nursing School-ban szerzett ápolói végzettséget. 1862-ben alapított egy ápolóképző iskolát Liverpool-ban. 1866-ban ő is aláírta azt a petíciót, amiben azt követelték, hogy a nők ugyanolyan politikai jogokat kapjanak, mint a férfiak. 1867-ben tagja volt a Nők Foglalkoztatásának Előmozdításáért küzdő szövetségnek, és tagja volt a Londoni Női Orvostudományi Iskola kormánytanácsának (Women's Suffrage, 2020).

Philipa Flowerday - 1878

Az első ápoló, akit az angol nyelvű szakirodalom üzem (ipari) ápolónak, mai néven foglalkozás-egészségügyi ápolónak említ (2. kép). Flowerday 1846-ban született Angliában (Erpingham), ápolói hivatását Norfolk és Norwich kórházban kezdte meg, majd egy év múlva 32 évesen, 1878-ban kezdett el dolgozni az angolok leghíresebb mustárgyáránál, a J&J Colman's cégnél Norwichban (Chandler, 2016).

Az alkalmazottak körében, bár a gyárban a munkórak hosszúak voltak (reggel 6-tól este 6-ig), mégis nagyon népszerű munkahelynek számított. A Colman család számos segítséget nyújtott a dolgozóinak: saját orvost alkalmaztak, lakóházakat építettek, az egyedülálló nők részére kedvező áron biztosítottak szállást, létrehozták a helyi gyermekek iskoláját, ruházati klubot, a szabadidős tevékenységeket is támogatták, megalapították a helyi konyhát, amivel megfizethető áron kínálták a meleg ételeket – mindezt a személyzeti étkezők megjelenése előtt (Colman's of Norwich, 2020). (Megj.: A Colman's-t az Unilever 1995-ben megvásárolta, majd 2019-ben végül leállították a Colman mustár gyártását a Norwich-i gyárban) (Unilever shuts down historic Colman's factory, 2020).

Phillipa alkalmazásával Colmannék célja a munkások egészségének fenntartása, a betegek ápolása, valamint a gyárban dolgozó orvos munkájának segítése volt. Feladata elsősorban az ápolás volt, a munkájához hozzátartozott, hogy minden nap reggel 9 és 11 között az orvosnak asszisztált a gyár ambulanciáján, majd otthoni gondozási feladatokat is nyújtott a megbetegedett, illetve cselekvőképtelen gyári munkásoknak és a családtagjaiknak, valamint a gyárkonyhából ételt is vitt a betegek otthonába. Ez kb. 45 látogatást jelentett hetente (Verall, 1997; Bullough & Bullough, 1979).

A XIX. században zajló gyors iparosodás együtt járt az általános egészségügyi és higiénés állapot minőségének csökkenésével. Flowerday tevékenysége, valamint a munkakörülmények nyomon követése így elsődleges volt a megelőzés és a gyógyítás folyamatában. Ezt a szemléletet más gyárak is átvették és alkalmazták. Többek között lényeges volt a tuberkolózis leküzdése érdekében az ápolók nyújtotta higiénés oktatási tevékenység is (Lundy & Janes, 2015).

Munkája során Flowerday a dolgozók felszerelését, valamint az általuk okozott veszélyeket is megfigyelte, felhívta a figyelmet az egyéni védőöltözet fontosságára (Topcu & Ardahan, 2019). A ránk maradt feljegyzéseiben részletesen leírta az ellátás folyamatait, többnyire olyan akut panasz, baleset esetén nyújtottak segítséget a gyár dolgozói számára,

2. kép: Philipa Flowerday (Forrás: <https://www.casebook.org/forum/messages/4920/12129.html>)



mint a különféle sebek, vérzések, sérülések, égések, akár munkahelyi konfliktusból adódó testi sérülések ellátása, szükség esetén pedig a szaksegítség igénylő munkavállalók átszállítását is megoldották a közeli kórházba (Verall, 1997).

Flowerday 1888-ban feleségül ment a cég főkertészéhez, William Reid-hez. A házasságkötéssel a karrierjét feladta, hiszen az akkori időkben csak család nélküliek lehettek ápolók. Feladatait Quarry nővér folytatta tovább (Chandler, 2016). Férjével, és a férje előző házasságából származó két gyermekével Cortonban éltek, majd a férje halála után Phillipa Lowestoft-ba költözött, 1930-ban halt meg, Észak-Norfolkban, Antinghamben temették el („*Philippa Flowerday*”, 2020).

Munkássága példaértékűnek számít a mai modern foglalkozás-egészségügyi ápolásban is. Elsődleges tevékenysége ugyan az akut ellátásban történő segítségnyújtás és gondozás volt, de úgy vélték, hogy a preventív szemlélet fontos az egészség és a minőségi élet szempontjából (Lundy & Janes, 2015). Az akkori üzemi (ipari) ápolás tehát a hangsúlyt a védelemre, fejlesztésre is helyezte, már akkor prioritásként számított a munkavégzés kockázati tényezőinek az egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata és a munkavállalók egészségének megőrzése (ABOHN, 2012).

3. kép: Philippa Flowerday emléktábla Norwich-ban
(Forrás: <http://openplaques.org/plaques/8110>)



Phillipa Flowerday-ről később számos utcát, parkot, lakónegyedet neveztek el, szobrot állítottak a tiszteletére, a mustárgyári múzeum kiállításában is megemlékeznek róla (Blanchard, 2020 (3. kép).

Csermák Mária – 1883

Természetesen a hazai ápolókról sem feledkezhetünk el, ugyanakkor továbbra is igen csekély információ áll rendelkezésünkre. Az utókor számára viszonylag jól dokumentált, hogy a XIII. és XIV. században bányakórházak/ispotályok, bányatársládák működtek, majd a XVIII. és XIX. században kialakult a bányáorvoslás, azonban az e területen alkalmazott ápolók közül egyelőre csak Csermák Mária neve maradt fenn számunkra. Az első ismert rudabányai bányáorvos (Dr. Fábry Árpád) 1883-ban kezdte meg praktizálását és egészen 1917-ig végezte tevékenységét. A házi gyógyszerár működtetésében lányai működtek közre, míg az asszisztensi feladatot Csermák Mária, a szülésznőt pedig Gábor Jánosné látta el. A bányáorvosi rendeléshez tartozó 300 munkás gyógykezelése a munkások lakásán valósult meg és csak a balesetekben súlyosan megsebesülteket lehetett elhelyezni a munkáslakásból átalakított betegszobába. A munkások számának növekedése miatt a településen 1896-ban kórházat építettek, két kórteremmel, továbbá kialakítottak egy külön osztályt is a fertőző betegek részére. A 25 méter hosszú épületben elhelyezkedő kórházat 1897. év október havában nyitották meg. Az emeleten egy 8 ágyra és egy 6 ágyra berendezett betegszoba volt, ezen kívül orvosi rendelő, melyben műtete-

4. kép: A rudabányai vasércbánya kórháza, amit dr. Görgő Tibor néhány év alatt korszerűen felszerelt egészségügyi intézménnyé fejlesztett. Ma itt működik az 1. sz. körzeti orvosi rendelő. (Preszly szignójú művész akvarellje, 1937.) (Forrás: http://www.rudabanya.hu/hu/dr_gorgo_tibor.html)



5. kép: A rudabányai vasércbánya kórháza fotója 1910-ben (Forrás: Köllner, 1910)



ket is végezhettek, továbbá ruhatár, ápolónői szoba és mellékhelyiségek. A földszinti két betegszobában összesen 4 ágy volt elhelyezve; emellett konyha, mosókonyha, illetve hullakamrája is volt a kórháznak. A korabeli leírások alapján a berendezés modern színvonalon állt. A betegeket vörös-kereszt egyleti ápolónő gondozta (Köllner, 1910; Pap, 2010; „Dr. Görgő Tibor”, 2020) (4. és 5. kép).

Betty Moulder – 1888

A foglalkozás-egészségügyi ápolás kezdetét amerikában Betty Moulder 1888-as alkalmazásához kötik, habár sajnos őróla, mint első amerikai üzemi ápolóról kevés írásos emlék maradt fenn. Ápolói tanulmányait Philadelphiában, Pennsylvania legnagyobb városában végezte (Philadelphia Blockley Hospital School of Nursing). 1888-ban ugyanebben az államban működő szénbányászati vállalatcsoport alkalmazta, hogy a munkásokat és családtagjaikat ellássa (Parker-Conrad, 1988; Rogers, 2001; Thompson & Wachs, 2012).

Ada Mayo Stewart – 1895

Mivel Ada Mayo Stewart (1870–1945) személyéről és munkásságáról sokkal több információ áll rendelkezésre, több publikációban említik, ezért sokan úgy gondolják, hogy ő volt az első amerikai üzemi ápoló (Parker-Conrad, 1988) (6. kép).

Ada Mayo Stewart 1870. december 2-án született Braintree-ben, Massachusetts államban (USA), Chaplain William H. altengernagy és Roline Mayo Stewart ápolónő első gyermekeként (Parker-Conrad, 1988; Fregosi, 2012). Vagyis három évvel később született, mint Lillian D. Wald (1867–1940), „az otthonápolás és szegényellátás amerikai hősnője” (Balogh et al., 2017).

Ada a három lánygyermekes család legidősebbjeként 1889-ben a Vermont Academy in Saxton's Riverben végzett, majd a walthami ápolóképzőbe (Waltham Training School for Nurses, Massachusetts) járt, ahol 1894-ben szerzett ápolói képesítést. Elképzelése az volt, hogy később „látogató ápoló” (District/Visiting Nurse) lehessen és az 1885-ben alapított walthami ápolóképző kifejezetten a körzeti és magán ápolók képzésére specializálódott (Fregosi, 2012). (Megj.: A walthami iskola igazgatója, Miss Charlotte Macleod a kor lehetőségeinek függvényében kapcsolatot tartott Florence Nightingale-el is, aki az ott tanulóknak személyes üzenetet is írt (Waltham, 1921).) Mielőtt azonban Ada megkezdte volna ápolói tanulmányait, két évig sebészeti és gyógyszerügyi területen dolgozott. Testvérei is ápolók lettek (Fregosi, 2012).

Amikor a vermonti márványbánya elnöke, Fletcher D. Proctor elhatározta, hogy egy ápolót szeretne alkalmazni a nála dolgozó munkások és családtagjai ellátásának biztosítása céljából, felkereste a walthami ápolóképző vezetőjét és tanácsot kért, kit alkalmazzon. Az iskola vezetője az akkor 25 éves Ada Mayo Stewart-ot javasolta, aki épp akkor fejezte be tanulmányait (Fregosi, 2012).

Így 1895-ben Fletcher D. Proctor, abból a megfontolásból vette fel ápolóként, hogy a mérföldekre lévő orvos távollétében is legyen valaki, aki egészségügyi ellátást tud nyújtani a vermonti falvak lakóinak, akik közül többen a bánya dolgozói voltak. Ennek megfelelően a feladatkörébe elsősorban az otthoni ellátás tartozott és a munkahelyi balesetek ellátása. Mindenféle esettel találkozott, éppúgy hozzátartozott a munkájához a szülések levezetése, a törött, kifecamodott, megrándult végtagok ellátása, mint a tifuszos lázas betegek ápolása. További érdekesség munkájában az volt, hogy a bányában dolgozók közül sok volt a magyar, lengyel, cseh, svéd, és olyan olasz bevándorló, akik alig vagy egyáltalán nem beszéltek angolul. Ada Mayo Stewart a külön-

6. kép: Ada Mayo Stewart (a bal oldalon) (Forrás: Parker-Conrad, 1988)



féle nyelvekben megtanulta a leglényegesebb szavakat, kifejezéseket, így lett egy alapszintű nyelvtudása, és emellett kifejlesztett egy kreatív jelbeszédet, hogy elősegítse a kommunikációt a munkásokkal. Az etnikai, kulturális különbségeket is hamar kezelni tudta, és nagyon jó kapcsolatot alakított ki a rábízott közösség tagjaival (Parker-Conrad, 1988; Rogers, 2001; Thompson & Wachs, 2012; Fregosi, 2012).

Az első évben nem vezetett tevékenységéről dokumentációt, de 1896-tól 1898-ig jól követhető munkájának alakulása. A munkasközösség körében történt látogatásai után be kellett számolnia a munkások által nem jelentett betegségekről, balesetekről az orvosnak, illetve a bánya vezetőségének. Testvére, Harriet Wyman Stewart, miután megszerezte ápolói végzettségét szintén a márványbánya alkalmazásába került, és a bánya közelében lévő egyéb településeken végzett látogatásokat, otthoni ellátást. Az ápolói ellátást, viziteket a márványbánya dolgozói és családtagjai térítésmentesen vehették igénybe, és azok is, akik képtelenek lettek volna szolgáltatásaikat kifizetni (Parker-Conrad, 1988; Thompson & Wachs, 2012).

Egy barátja, aki történetesen az ellátási területén lévő iskola pedagógusa volt, felkérte Ada-t, hogy tartson az iskolás gyermekeknek előadást a helyes, egészséges életmódról és higiénéről. Amikor ez Fletcher D. Proctor tudomására jutott ragaszkodott hozzá, hogy minden iskolás hallgassa meg az előadást, és ezzel elindították az iskolai ápolói (school nursing) szolgáltatást is, melynek célja az egészségtudatosságának kialakítása volt (Fregosi, 2012).

Ada Mayo Stewart munkája során fityulát és a Waltham ápolóképző egyenruháját viselte egy egyszerű kabáttal. Általában biciklivel jutott el a munkások otthonába, hogy ott ellátást nyújtson, de néha a lovaskocsit vezetett, vagy lóvasútra szállt. Fizetését egyrészt készpénzben kapta, másrészt költségeit megtérítették. Az első évben 900\$-t kapott, a következőben pedig 1000\$-t (Parker-Conrad, 1988; Fregosi, 2012).

7. kép: Az első, a vermonti márványbánya által létrehozott Proctor Kórház épülete



Miközben még csak második éve dolgozott a vermonti márványbánya alkalmazásában, a bánya vezetősége úgy döntött, hogy kórházat építenek (**7. kép**). Ennek felügyelőjének, főápolójának pedig Ada Mayo Stewart-ot bízták meg. Innentől kezdve a munkaközösség megfelelő ellátását a kórházi háttér is elősegítette (Parker-Conrad, 1988; Fregosi, 2012).

Alkalmazásának 5. évében, 1900-ban Ada Mayo Stewart elhagyta a vermonti kórházat, és ezt követően Amerika különböző területein ápolóként dolgozott. 1918-ban, amikor meglátogatta testvérét megismerkedett Henry J. Markolf-al, hozzáment feleségül (neve Mrs. Henry J. Markolf-ra változott) és nyugdíjba vonult („*The Nurse in Industry*”; 1945; Fregosi, 2012).

Élete vége felé azt írta, a vermonti márványbánya alkalmazottjaként, mint ápoló naponta adott tanácsot, iránymutatást, fürdette a csecsemőket, gondoskodott az anyákról, segített az elsősegélynyújtási helyzetekben, cserélte a kötéseket, és hét nyelven igyekezett az egészséges életmódra nevelni mindenkit. Nem tudta, hogy ő egy üzemi ápoló (akkor még ez a kifejezés nem is létezett), és nem is álmodott olyasmiről, hogy ezekből az általa naponta elvégzett feladatokból emelkedik ki majdan a modern üzemi ápolói hivatás (Fregosi, 2012).

Összefoglalás

Lassan két évszázad távlatából érdekes visszatekinthetni a kezdetekre és látni, hogy számos kihívással (pl. a nemzetközi munkaerő-migrációból adódó kulturális, magatartás- és életmódbeli tényezőkkel, a munkahelyen is megjelenő fertőzőbetegségek, járványok leküzdésével, a munka-magánélet egyensúlyának megteremtésével, a nők munkavállalásának akadályai) a mai napig szembe kell nézniük a foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak, és tanácsot kell adniuk egyrészt a munkavállalóknak, másrészt a munkáltatóknak.

Mint ahogy az a fenti életutakból is jól látszik, a foglalkozás-egészségügyi ápolók már a kezdetektől a megelőzésre, prevencióra helyezték a hangsúlyt, és nagy figyelmet szenteltek a közegészségügyi szempontok érvényesülésére. Természetesen elvárás volt velük szemben, hogy a munkahelyen megsérült dolgozókat elsősegélyben részesítsék, illetve gondoskodjanak róluk, asszisztáljanak az orvosok mellett a klinikai ellátás során, továbbá a megbetegedetteket akár otthonukban is meglátogassák. Gyakran végeztek várandósgondozást, egészségnevelő tevékenységet, beleértve a gyermekgondozással kapcsolatos oktatást is nemcsak a munkások, hanem családtagjaik körében. Előzőek miatt az olvasóban az az érzés támad, hogy az üzemi ápolók a kezdetekben leginkább napjaink otthonápolási szolgálatainak, védőnőinek, körzeti ápolóinak feladatkörének mixtúráját biztosították (Parker-Conrad, 1988; Fregosi, 2012; Thompson & Wachs, 2012; Rogers, 2001; Proctor, 1992). Napjainkra ez a rendkívül szerteágazó feladatkör letisztult és hagyományos szerepek közül a fókusz az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkahelyek kialakítására és a munkavállalók egészségének megőrzésére helyeződött át.

Mindezt elősegítette, hogy a specializációt biztosító képzések hamar elérhetővé váltak. Az első üzemi ápoló képzést amerikában 1917-ben indította a Boston University College of Business Administration, amely 16 héten keresztül heti 10 órás elméleti képzést, két hetes gyakorlatot és elhelyezkedési támogatást nyújtott (Parker-Conrad, 1988; Rogers, 2001). Magyarországon Dr. Baloghy Mária nevéhez fűződik a gyárgondozónői képzés megalapítása és 1933-ban történt elindítása, amely eleinte 1,5, majd később 2 éves heti 45 órás képzési idő alatt biztosított megfelelő elméleti és gyakorlati tudást (Hirdi, 2013). Az Egyesült Királyságban pedig 1934-ben indult el egy ilyen irányú 6 hónapos specializált képzés (Lundy & Janes, 2015).

Nyilvánvaló, hogy bár a kiindulási alap szinte megegyezett, mégis az egyes országok történelmi, politikai, társadalmi és gazdasági háttere jelentősen befolyásolta, hogy napjaink foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolói most milyen képzettségi szinttel, munkaerőpiaci státusszal, társadalmi-, szakmai-, és anyagi megbecsültséggel, hatáskörrel végzik feladataikat. Ugyanakkor az is jól érzékelhető, hogy bár eltérő intenzitással, de szerepkörüket folyamatos fejlődés, megújulás jellemzi. A megváltozott ápolói képzési trendek, a munkahelyi közösségek hatékonyabb ellátása iránt megfogalmazott társadalmi és munkáltatói igények mind-mind abba az irányba mutatnak, hogy időszzerűvé vált a független ápolói szerepek erősítése, a hatáskörök újraelosztása, differenciált kialakítása a multidiszciplináris teamekben.

Irodalomjegyzék

1. ABOHN (2012). Occupational Health Nursing Profession, The Career Guide to Occupational Health Nursing. Hinsdale, Illinois.
2. Back, B. (2013). The Past, Present and Future of Health & Wellbeing. Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: <http://www.iosh.co.uk/~media/Documents/Networks/Branch/East%20Anglia/BarbaraBack.ashx>
3. Balogh, Z., Balogh, Á., Misi, A. (2017). Százötven éve született Lillian D. Wald, az otthonápolás és szegényellátás amerikai hősnője. *NŐVÉR*, 30(2), 3-7.
4. Blanchard, G. (2020). Struggle and Suffrage in Norwich: Women's Lives and the Fight for Equality. Pen&Sword. United Kingdom
5. Bullough, V. L., & Bullough, B. (1979). The Care of the Sick: The Emergence of Modern Nursing. Medical Care, 17(9), 973-974.
6. Chandler, M. (2016). Historical Women of Norfolk. Amberley Publishing. United Kingdom.
7. Colman's of Norwich. Hozzáférhető: 2020.12.05. Letölthető: <http://unilever-archives.com/Record.aspx?src=CalmView.Catalog&id=GB1752.CON>
8. „Courtaulds”. (2020). Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: <https://en.wikipedia.org/wiki/Courtaulds>
9. „Dr. Görgő Tibor”. (2020). Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: http://www.rudabanya.hu/hu/dr_gorgo_tibor.html
10. Fregosi, M. (2012). Ada Mayo Stewart. Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: <https://archive.vpr.org/commentary-series/fregosi-ada-mayo-stewart/>
11. Hirdi, H. (2013). Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. *NŐVÉR*, 26(6), 26-40.
12. Köllner, K. (1910). Kórházak, gyógyintézetek. In: Miskolcz város és környéke. Szelényi és Társa Könyvnyomdája, Miskolcz. pp. 27.
13. Lundy, K. S., & Janes, S. (2015). Community health nursing: caring for the public's health (Vol. 3rd edition). Jones & Bartlett Learning. Burlington, Massachusetts
14. Merryweather, M. (1862). Experience of Factory Life: being a record of fourteen years' work at Mr. Courtauld's silk mill at Halstead, in Essex. Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: https://books.google.hu/books?id=qvcomgEACAAJ&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&cf=false
15. Pap, A. (2010). Adalékok a rudabányai bányaegészségügy történetéhez (Az 1890-től vezetett társ pénztári anyakönyv alapján) In: BÁNYÁSZATTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYEK X. Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: http://mediatar.rfmilib.hu/digitkonyvtar/rudabanya/banyaszattorteneti_kozlemenyek/banyaszattorteneti_kozlemenyek_2010_10.pdf
16. Parker-Conrad, J.E. (1988). A Century of Practice – Occupational Health Nursing. *AAOHN JOURNAL*, 36(4), 156-161.
17. Philippa Flowerday. (2020). Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: https://en.wikipedia.org/wiki/Philippa_Flowerday#mw-head,
18. Proctor, D.M. (1992). The Occupational Health Nurse and the Implications for Nursing Education. Seminar paper. University of Maryland
19. Rogers, B. (2001). Occupational health Nursing. In: Lundy, K.S., Janes, S. Community Health Nursing. Caring for the Public's Health. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts. 2001. pp. 945.
20. Sevcán, T., & Melek, A. (2019). Occupational Health Nursing and Pioneer Leaders from Past to Present. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1931-1935.
21. Thompson, M.C., Wachs, J.E. (2012). Occupational Health Nursing in the United States. *WORKPLACE HEALTH & SAFETY*, 60(3), 127-133.
22. „The Nurse in Industry”. (1945). *AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. May, 510-511.
23. Unilever shuts down historic Colman's factory. Hozzáférhető: 2020.12.05. Letölthető: <https://www.foodmanufacture.co.uk/Article/2019/07/26/Unilever-shuts-down-historic-Colman-s-factory>
24. Verrall, A. B. (1997). Certification and occupational health nursing. An historical perspective. *AAOHN Journal*, 45(6), 283-289.
25. Waltham Training School for Nurses., Nightingale, F. (1921). The Waltham Training School for Nurses, 1885-1921. Waltham, Mass.: Waltham Training School for Nurses. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015077347568&view=1up&seq=3>
26. Women's Suffrage. (2020). Mary Merryweather. Hozzáférhető: 2020. 12. 06. Letölthető: <https://www.suffragersources.org.uk/database/936/mary-merryweather>

„Egészséges munkahelyek” kampány

Az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA) a 2020–22. évi „Legyen könnyebb a teher!” elnevezésű, „Egészséges munkahelyek” kampányának középpontjában a munkavégzéssel összefüggő váz- és izomrendszeri megbetegedések (MSD k) megelőzése áll. Az EU-OSHA ingyenes gyakorlati útmutatókkal segíti a munkavállalókat és a munkahelyeket. Bővebb információ elérhető a következő weboldalakon: <https://osha.europa.eu/hu/healthy-workplaces-campaigns> és <https://healthy-workplaces.eu/>.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozói körében

STANKOVIC Mona, JAGODICS-VARGA Leila, Dr. BABIK Barna PhD,
Dr. PETŐ Zoltán PhD, DR. TÖREKI Annamária PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A kiégésszindróma vizsgálata dinamikusan fejlődő kutatási terület hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt. Az egészségügyi dolgozók körében a kiégésszindróma jobb megértése, továbbá elérhető intervenciók kidolgozása kimagasló fontossággal bír. Célunk felmérni a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet munkatársai kiégését, majd az eredmények ismeretében tovább pontosítani a számukra elérhető prevenció és intervenció tréninget.

Anyag és módszer: Kérdőíves vizsgálat, amellyel a demográfiai adatok, a társas támogatottság, a szomatikus panaszok adatfelvétele mellett Oláh-féle Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőívvel felmértük a pszichológiai immunrendszert, míg a kiégés szindrómát Maslach Kiégés Kérdőívvel vizsgáltuk.

Eredmények: Statisztikai elemzés alapján a kiégés magasabb azon vizsgálati személyeknél, akik heti több munkaórát dolgoznak, illetve akik több szomatikus tünetről számolnak be, míg alacsonyabb azon válaszadóknál, akik több jó minőségű társas kapcsolatról és erősebb pszichológiai immunrendszerrel számolnak be.

Következtetések: Az egészségügyi dolgozók kiégése közvetlen hatással van a munkahelyi jóllétükre és közvetetten a betegellátás minőségére. Protektív-, és rizikófaktorok ismeretében jobb intervenció és prevenció módszerek dolgozhatók ki.

Kulcsszavak: kiégésszindróma, aneszteziológiai és intenzív terápia dolgozói, pszichológiai immunrendszer

Investigation of the burnout syndrome among the employees of the Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy at the University of Szeged

Mona STANKOVIC, Leila JAGODICS-VARGA, Barna BABIK MD, PhD, Zoltán PETŐ MD, PhD, Annamária TÖREKI PhD

SUMMARY

The aim of the study: Research on burnout syndrome among healthcare professionals is of predominant importance and enables improvement of intervention programs. Our aim is to evaluate the burnout syndrome among the employees of the Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy at the University of Szeged.

Material and method: Cross-sectioned design utilizing a self-administrated questionnaire was used to collect data from the staff. Burnout was measured using the Maslach Burnout Inventory, while psychological immune competence was measured using the Psychological Immune Competence Questionnaire.

Results: Burnout is higher among subjects who work more weekly hours and who report more somatic symptoms. Burnout levels are lower among participants who report more social relationships and stronger psychological immune system.

Conclusions: Burnout of healthcare professionals has an impact on their well-being as well as indirectly on the quality of patient care. With better knowledge of the protective and risk factors, better intervention and prevention methods can be developed.

Keywords: burnout syndrome, employees of anaesthesiology and intensive therapy, psychological immune system

STANKOVIC Mona Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged

JAGODICS-VARGA Leila Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Szeged

Dr. BABIK Barna PhD egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Szeged

Dr. PETŐ Zoltán PhD egyetemi docens, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged

Dr. TÖREKI Annamária PhD egyetemi adjunktus, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály, Szeged

Levelező szerző

(correspondent):

STANKOVIC Mona, E-mail:
stankovic.mona@gmail.com

Beérkezett: 2020. november 16.

Elfogadva: 2020. november 21.

Bevezetés

A kiégésszindróma vizsgálata nemzetközi viszonylatban dinamikusan fejlődő kutatási terület (Borys et al., 2019; Cubrilo-Turek et al., 2006; Balan et al., 2019; Györffy, 2019). 2019 tavaszán, az Egészségügyi Világszervezet által publikált BNO-11 – a betegségek nemzetközi osztályozásának 11. revíziója – QD85 kód alatt megjeleníti a kiégésszindrómát, mint az egészségi állapotot vagy az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos befolyásoló tényezőt. A BNO-11 sikertelenül menedzsel, krónikus munkahelyi stressz következményeként definiálja a kiégésszindrómát. Három dimenzióval jellemzi: az energiavesztés vagy kimerültség érzése; a munkához kapcsolódó megnövekedett mentális távolság, a negativizmus vagy cinizmus érzése; továbbá a csökkent szakmai hatékonyság. A kiégésszindróma kifejezetten a munkahelyi környezetben jelentkező jelenségekre vonatkozik és nem alkalmazható az élet más területein bekövetkező tapasztalatok leírására (Egészségügyi Világszervezet [WHO], 2019).

Az intenzív terápia területén dolgozó szakemberek munkáját magasfokú felelősség, de csak korlátozott kontroll jellemzi. A kritikus állapotú betegekről való gondoskodás, a különböző eljárások rendkívüli pontossággal történő végrehajtása és a sürgős helyzetekre való gondos és gyors reakció mind napi feladatai az intenzív terápiát nyújtó orvosok és ápolók számára. Az ilyen szervezeti jellemzők, a követelmény-kontroll modell értelmében, táptalajt biztosítanak a kiégésszindróma kialakulásához. Az elmélet értelmében a nagyfokú munkahelyi stressz akkor jelentkezik, ha a személyt érő munkahelyi terhelések magasak, míg a kontrolljuk korlátozott szintű. Az intenzív terápiás dolgozók esetében a feszített munkatempó, az időnyomás, a megterhelő munka, a kifinomult technológiák használata mind hozzájárulnak a munkahelyi stressz kialakulásához, míg a kontroll szintje: a képességek kibontakoztatásának lehetősége, a munkavégzés feletti befolyás, a döntési jogkör; számos esetben alacsony szintű (Bakker et al., 2005; Karasek, 1979).

Nemrégiben közzétettük a Szegedi Tudományegyetem Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán (Hompoth et al., 2018), valamint a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikán végzett kutatásunk eredményeit, továbbá a két munkahelyen nyert adatok összehasonlítását (Stankovic et al., 2019). Jelen vizsgálattal megegyező módszertant használva, feltérképezzük a Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet (AITI) dolgozóinak kiégését. A korábbiakban kapott eredményekre támaszkodva azt várjuk, hogy

az életkor, a gyermekek száma, az egészségügyben töltött évek száma, az intézetben töltött évek száma mind protektív faktor. Ezen túl összefüggést várunk a kiégésszindróma és a megélt szociális támogatás mértéke között, ahogy a kiégésszindróma és a pszichológiai immunrendszer között is. Szintén várható összefüggés a kiégés mértéke és a nem vagy a családi állapot között.

A jelen vizsgálat azon kutatássorozat része, amellyel megkísérülünk feltérképezni a Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ fekvőbetegellátó intézményeiben dolgozó szakemberek kiégését. A kutatássorozatot azon osztályokkal, intézetekkel indítottuk, amelyek a szakirodalom alapján veszélyeztetettebbek a kiégésszindróma kialakulása szempontjából (Bakker et al., 2005; Shanafelt et al., 2009; Shanafelt et al., 2012; Györffy és Girasek, 2015) így az idáig közzétett eredményeket az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozóinak felmérésével bővítjük. Célunk egyrészt a kiégésszindróma prevalenciájának feltérképezése a szegedi Klinikai Központban, másrészt azon prevenció és intervenció program továbbcsiszolása, amely elérhető a szegedi dolgozók számára.

Anyag és módszer

A kutatásban a Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozói (kb. 200 fő) vehettek részt. A kitöltés önkéntes volt. A dolgozók 42%-a döntött a kérdőívcsomag kitöltése mellett; összesen 83 fő.

Eszközök, módszer

2019 áprilisában tettük elérhetővé az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozói számára a kérdőívcsomagot és a beleegyező nyilatkozatot. Minden dolgozó a kitöltött kérdőívet név nélküli lezárt borítékban, a beleegyező nyilatkozattól külön egy gyűjtőállomáson adta le. A beleegyező nyilatkozatok és a kérdőívek külön gyűjtése biztosította a résztvevők anonimitását.

A tesztbatteria egy rövid tájékoztatóval kezdődik, amely ismerteti a kitöltővel a kutatás célját, menetét, az adatfeldolgozás módját. A kérdőív szociodemográfiai adatok felvételével folytatódik, amit követnek a testi tünetekre, panaszokra vonatkozó kérdések. A szomatikus tünetlistát a korábbi kutatásokban egyaránt alkalmaztuk (Hompoth et al., 2018; Stankovic et al., 2019), így jelen vizsgálatban sem módosítottunk rajta. A feltüntetett panaszok az alvászavar, a testsúlyváltozás, a magas vérnyomás, a

I. táblázat: A minta demográfiai adatai

	Életkor (n = 83)	Gyermekek száma (n = 83)	Egészségügyben eltöltött évek száma (n = 83)	AITI-n eltöltött évek száma (n = 83)	Heti munkaórák száma (n = 81)	Nem (n)	
Átlag	38,4	0,88	14,26	11,09	51,8	Férfi	25
Szórás	9,7	1,02	10,67	9,03	11,41	Nő	58

fejfájás, az izzadás, a cukorbetegség, a gyomorpanaszok és egyéb. Ezt követően felmérjük a szociális támogatás mértékének megélését Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív (Caldwell Support Dimension Scale) (Caldwell et al., 1987) hazai adaptációjának (Kopp és Kovács, 2006) módosított változatával, ahol az eredeti 14 kérdésből 11-re kérdeztünk rá (nehézség esetén mennyire számíthat segítségre: szülő, házastárs, élettárs, szomszéd, munkatárs, barát, főnök, egyház, rokon, pszichológus, más közösség). A korábbi vizsgálatokban szintén a rövidített listát alkalmaztuk (Hompoth et al., 2018; Stankovic et al., 2019) 4-fokú skálával (egyáltalán nem – 0; keveset – 1; átlagosan – 2; nagyon – 3). A kérdőívcsomag Maslach Kiegész Kérdőív 22 tételes magyar nyelvű változatával folytatódik, amely 7-fokú skálán törté nő válaszadásra ad lehetőséget (Ádám és Mészáros, 2012; Tandari-Kovács, 2010). A Maslach Kiegész Kérdőív kiértékelésénél az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció skálák magasabb pontszáma erősebb kiegészi szintre utal, míg a teljesítmény skála fordított, így az alacsonyabb pontszám jelenti a magasabb kiegész (Maslach et al., 1996). A tesztbatteria Oláh-féle Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőívvel zárul (Oláh, 2005), ahol a válaszadónak 4-fokú skálán kell értékelnie a 80 állítást. Értékelésekor a magasabb pontszám az erősebb pszichológiai immunkompetenciára utal.

A vizsgálatra a Szegedi Tudományegyetem, Szent Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai és Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével került sor. Az etikai engedély száma: 237/2018-SZTE.

Statistika

Korrelációs vizsgálattal szemügyre vettük a kiegészzindróma három skálája (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, teljesítmény) és a különböző változók – az életkor, a gyermekszám, az egészségügyben eltöltött évek száma, az intenzív terápiás osztályon eltöltött évek száma, a heti munkaórászám, a testi tünetek száma, a társas támogatottság érzésének mértéke és a pszichológiai immunrendszer – közötti kapcsolatot. A családi állapot és a kiegész skálák közötti kapcsolatot függetlenmintás t-próbával

vizsgáltuk, míg a nem és a kiegész kapcsolatát Mann-Whitney-féle U-tesztrel.

A statisztikai elemzésekhez az SPSS statisztikai program 23-as verzióját használtuk, a szignifikancia szintet $p < 0,05$ határoztuk meg.

Eredmények

A vizsgálati személyek 24 és 59 év közötti dolgozók. A kitöltők átlagéletkora 38,4 év (SD=9,7). Női orvosok esetében az átlag 38,9 év (SD=9,6), női ápolóknál 38,9 év (SD=10,4), míg férfi orvosoknál 35,2 év (SD=6,2) és férfi ápolóknál 36,5 év (SD=9,6). Összesen 43 orvos (52%), 36 ápoló (43%) és 4 egyéb dolgozó (5%) vett részt a felmérésben: 70% nő (58 fő), 30% férfi (25 fő).

A kitöltők 67%, összesen 56 fő, kapcsolatban él (házas, élettársi kapcsolatban van), míg 33% (27 fő) egyedülálló (hajadon/nőtlen, elvált, özvegy). Egy háztartásban átlagosan 2,3 fő él. A gyermekek száma a gyermektelenségtől 3 gyermekig terjedt, az átlag 0,88 (SD=1,02).

Iskolai végzettség tekintetében a minta 55%-a egyetemi diplomával, 22%-a főiskolai diplomával rendelkezik. A kitöltők 6%-a felsőfokú képesítéssel, 1%-a gimnáziumi érettségivel, 12%-a szakközépiskolai érettségivel és 4%-a szakmunkásképző végzettséggel rendelkezik.

Ahogy az I. számú táblázatban is feltüntettük, az intézet dolgozói átlagosan 14,26 éve (SD=10,67) dolgoznak az egészségügyben, míg intenzív terápiás osztályon átlagosan 11,09 éve (SD=9,03). Hetente a munkavállalók átlagosan 48,93 órát (SD=10,31) töltenek munkavégzéssel. A vizsgálati személyek 19%-a másik munkahellyel is rendelkezik, amellyel együtt átlagosan 51,8 órát (SD=11,41) dolgozik.

A kiegész eredményei

A Maslach Kiegész Kérdőíven kapott eredmények érzelmi kimerülési skálán átlag 26,07 pont (SD=12,21), a deperszonalizáció skálán átlag 8,78 pont (SD=6,75) és a teljesítmény skálán átlag 34,98 pont (SD=9,29). Az orvosok (n=43) az érzelmi kimerülési skálán átlag 26,86 pontot (SD=12,08) értek el, a deperszonalizáció skálán 8,5 pontot (SD=5,75),

II. táblázat: Maslach Kiegész Kérdőívén kapott eredmények

	Érzelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Teljesítmény
Teljes minta (n = 83)	Átl. = 26,07 SD = 12,21	Átl. = 8,78 SD = 6,75	Átl. = 34,98 SD = 9,29
Orvosok (n = 43)	Átl. = 26,86 SD = 12,08	Átl. = 8,5 SD = 5,75	Átl. = 37 SD = 6,86
Ápolók (n = 36)	Átl. = 24,75 SD = 12,12	Átl. = 8,86 SD = 7,15	Átl. = 32,64 SD = 11,18

a teljesítmény skálán 37 pontot (SD=6,86). Az ápolók (n=36) átlagosan 24,75 pontot (SD=12,12) értek el az érzelmi kimerülési skálán, 8,86 pontot (SD=7,15) a deperszonalizáció skálán és 32,64 pontot (SD=11,18) a teljesítmény skálán (II. táblázat).

A demográfiai adatok és a kiegész kapcsolata

A korrelációs vizsgálatok alapján magasabb érzelmi kimerülés ($r=-0,217$; $p=0,049$) és deperszonalizáció ($r=-0,223$; $p=0,044$) jellemző alacsonyabb gyermekszám mellett (III. táblázat). Hasonlóan szoros összefüggés található a kiegész teljesítmény skálája és az összes heti munkaóra között ($r=0,296$; $p=0,007$).

A családi állapot és a kiegész kapcsolatának felderítésére függetlenmintás t-próbát alkalmaztunk, azonban nem találtunk szignifikáns összefüggést ($p=0,260$). Egyaránt nem találtunk nemi különbséget a kiegész három skáláján elért pontszámátlagok között ($p=0,509$).

Egyéb változók és a kiegész

A kitöltők átlag 1,42 (SD=1,29) szomatikus tünetről nyilatkoznak. A vizsgálati személyek 56,2%-a számol be alvászavarról, 24,1%-a fejfájásról, 21,7%-a testsúlyváltozásról, 16,9%-a magas vérnyomásról, 15,7%-a gyomorpanaszokról, 10,8%-a izzadásról, 4,8%-a cukorbetegségről és 18,1%-a egyéb betegségről, amelyek legtöbbje mozgásszervi panasz. Az

orvosok átlagosan 1,07 tünet/főről számolnak be (40 évnél fiatalabb orvosok 1 tünet/fő, 40 évnél idősebb orvosok 1,19 tünet/fő); míg az ápolók átlagosan 1,73 tünet/főről (40 évnél fiatalabb ápolóknál 1,55 tünet/fő, 40 évnél idősebb ápolók 1,9 tünet/fő). Az orvosok 47%-a szed gyógyszert (40 évnél fiatalabb orvosok 44%) és 12%-nak volt diagnosztizált mentális betegsége. Az ápolók 38%-a számol be gyógyszereszedésről: a 40 évnél fiatalabbaknál 25%, míg a 40 évnél idősebeknél 50%. Az ápolók 15%-ának volt diagnosztizált mentális betegsége élete során.

A szomatikus tünetek száma együtt járást mutat a kiegész érzelmi kimerülési skálával ($r=0,31$; $p=0,003$) és tendenciaszinten a teljesítmény skálával ($r=-0,213$; $p=0,056$).

A társas támogatottság érzésének mértéke és a pszichológiai immunrendszer erőssége szignifikánsan korrelál a kiegész mindhárom skálájával. Társas támogatás esetén $p = 0,038$, míg pszichológiai immunrendszer esetében $p<0,01$ (IV. táblázat).

Külön megvizsgálva az orvosok és az ápolók mintáját, azt tapasztaljuk, hogy az ápolók esetében a testi tünetek száma szignifikánsan korrelál a kiegész mindhárom skálájával ($p=0,034$). A társas támogatás érzésének mértéke az orvosoknál csak az érzelmi kimerülés ($r=-0,317$; $p=0,038$) és a teljesítmény ($r=0,323$; $p=0,034$) skálával mutat szignifikáns együtt járást.

Megbeszélés

Az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézetben kapott eredményeink hasonló mintázatot mutatnak a korábbi vizsgálatokhoz, ahol a kiegész három skálája különböző mértékű korrelációt mutat egyes változókkal (Hompoth et al., 2018; Stankovic et al., 2019).

Az AITI dolgozók körében mindhárom skálán közepes kiégést mértünk. Az érzelmi kimerülés skálán legrosszabb eredményt érték el a válaszadók, az ott elért pontszám határérték közepes és magas szintű kiégés között. Az orvosok rosszabbul teljesítet-

III. táblázat: Korrelációs elemzés a demográfiai adatok és a kiegész között

		Életkor (n = 83)	Gyermekek száma (n = 83)	Egészségügyben eltöltött évek száma (n = 83)	AITI-n eltöltött évek száma (n = 83)	Heti munkaórák száma (n = 81)
Kiegész	Érzelmi kimerülés	$r = -0,097$ $p = 0,381$	$r = -0,217$ $p = 0,049^*$	$r = -0,075$ $p = 0,505$	$r = -0,082$ $p = 0,464$	$r = -0,027$ $p = 0,809$
	Deperszonalizáció	$r = -0,167$ $p = 0,134$	$r = -0,223$ $p = 0,044^*$	$r = -0,179$ $p = 0,109$	$r = -0,101$ $p = 0,371$	$r = -0,093$ $p = 0,414$
	Teljesítmény	$r = 0,062$ $p = 0,579$	$r = -0,002$ $p = 0,989$	$r = 0,026$ $p = 0,820$	$r = -0,023$ $p = 0,839$	$r = 0,296$ $p = 0,007^{**}$

* esetén $p<0,05$; ** esetén $p<0,01$

nek az érzelmi kimerülési és a teljesítmény skálákon: erősen kimerültek és magas fokú a teljesítményvesztésük, míg kevésbé deperszonalizáltak az osztály átlagnál. Az ápolók ezzel szemben közepesen érzelmi-
leg kimerültek, alacsony és közepes szint határán van a teljesítményvesztésük, de deperszonalizáltabbak az intézeti átlagnál. Hasonlóan közepes értékeket találtak mindhárom skálán a horvát és a román intenzív osztályokon dolgozó kollegák körében (Cubril-Turek et al., 2006; Balan et al., 2019).

Együtt járást tapasztalunk a kiégés és a gyermekszám, a heti munkaórák száma, a testi tünetek száma, a szociális támogatás megélése és a pszichológiai immunrendszer között, míg nem találtunk kapcsolatot a kiégés és az életkor, az egészségügyben eltöltött évek száma és az AITI-n eltöltött évek száma között. Nem találtunk különbséget nemek között, illetve a kapcsolatban élők és az egyedülállók átlagpontjai között sem fedeztünk fel szignifikáns eltérést.

Az érzelmi kimerülési skála a gyermekek számával és a testi tünetek számával, a deperszonalizáció skála a gyermekek számával, míg a teljesítmény skála a heti munkaórák számával és a testi tünetek számával korrelál szignifikánsan. Kiemelendő, hogy mindhárom skála (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, teljesítmény) szignifikáns összefüggést mutat a társas támogatás mértékével és a pszichológiai immunrendszer erősségével.

A korábbi eredményeinkkel összhangban, a személy pszichológiai immunrendszerének erőssége stabil prediktora a kiégés kialakulásnak (Hompoth et al., 2018; Stankovic et al., 2019). A pszichológiai immunkompetencia a megküzdési stratégiákat összefoglaló fogalom, amely szerteágazottsága és erőssége előrejelzi a stresszel szembeni megküzdés sikerességét. Ezek az eredmények támogatják azt az elméletet, mely szerint az adekvátabb megküzdési stratégiák (Mészáros et al., 2013; Ádám et al., 2014; Shin et al., 2014) és a reziliencia (Györfly, 2019) magasabb foka hozzájárulnak a megnövekedett munkahelyi stressz megfelelő kezeléséhez és korlátozzák a kiégés kialakulását. Ily módon a pszichológiai immunrendszer fejlesztése, a megküzdési stratégiák erősítése, gyarapítása és gyakorlása mind megfelelő intervenciós pontok lehetnek a kiégés elleni küzdelemben.

Jelen adatok alapján a szociális háló sokrétűsége, valamint erőssége is protektív faktor a kiégés mindhárom skálájával szemben. Minél többféle társas kapcsolattal rendelkezik a dolgozó, és minél erősebbnek ítéli meg ezeket a kötelekeket, annál alacsonyabb szintű kiégésről számol be. Bár a társas támogatás szerepével kapcsolatban a szakirodalom megosztottan nyilatkozik, (Mészáros et al., 2013; Maslach et al., 2001; Czeglédi és Tandari-Kovács,

IV. táblázat: A kiégés összefüggése a testi tünetek számával, a társas támogatottság érzésének mértékével és a pszichológiai immunrendszerrel

		Testi tünetek száma (n = 84)	Társas támogatottság érzésének mértéke (n = 83)	Pszichológiai immunrendszer (n = 82)
Kiégés	Érzelmi kimerülés	r = 0,319 p = 0,003**	r = -0,276 p = 0,012*	r = -0,571 p < 0,001**
	Deperszonalizáció	r = 0,096 p = 0,389	r = -0,229 p = 0,038*	r = -0,631 p < 0,001**
	Teljesítmény	r = -0,203 p = 0,066 [†]	r = 0,389 p < 0,001**	r = 0,546 p < 0,001**

* esetén p<0,05; ** esetén p<0,01; [†] a tendenciát jelöli

2019; Kállai, 2007) mi úgy találjuk, hogy a stabil szociális háló, a jó minőségű társas kapcsolatok csökkentik a kiégés kialakulásának veszélyét. Feltételezhető, hogy a megfelelő társas kapcsolatok erős támaszt és segítséget jelentenek a stressz elleni megküzdésben és közvetetten segítenek a kiégés elleni prevencióban (Tandari-Kovács, 2010; Czeglédi és Tandari-Kovács, 2019; Kállai, 2007; Hyman et al., 2011).

A munkaórák magas száma, illetve a több munkahelyen való megfelelés számos kutatásban fontos rizikótényezője a kiégés kialakulásnak (Borys et al., 2019; Balan et al., 2019; Györfly és Girasek, 2015; Ádám és Mészáros, 2012). Jelen eredmény is azt támasztja alá, hogy a munkaórák megnövekedett száma a teljesítmény megítélésére van negatív hatással. Fontos megemlíteni, hogy az aneszteziológia és az intenzív terápia területén dolgozó munkavállalók veszélyeztetett csoportot jelentenek az egészségügyben foglalkoztatottak körében is (Györfly és Girasek, 2015; Bartosiewicz és Januszewicz, 2019). Munkájukat magasfokú fizikai és mentális terhelés jellemzi, kritikus állapotú betegek ellátásáért felelősek, fokozott időnyomásban, feszített munkatempóban szofisztikált technológiákat használnak, sürgős helyzetekre gyorsan és adekvátnan kötelesek reagálni. Ugyanekkor, a munkavállalók kontrolja, a munkavégzés feletti befolyása, döntési jogköre viszonylag korlátozott. Ezen jellemzők mindegyike átlagon felüli stressz környezetet teremt és elősegíti a kiégés kialakulását.

A szomatikus tünetek száma összefüggést mutat a kiégés érzelmi kimerülési skálával és a teljesítmény skálával. Kiemelendő, hogy a válaszadók több, mint egy negyede számol be alvászavaráról, míg majdnem egy negyedük számol be fejfájásról. 40 évnél idősebb dolgozók fele rendszeres gyógyszerzedésről vall. Az egészségügyi dolgozók kiégése tradicionálisan

korrelál a szomatikus panaszok számával (Németh, 2016; Canadas-De la Fuente et al., 2018).

Meglehetősen ellentmondásos képet mutat a kiégés és az életkor, a munkatapasztalat, a párkapcsolat vagy a gyermekszám kapcsolata. Jelen vizsgálatban a gyermekek száma kimondottan protektív faktornak mutatkozik. A szülők alacsonyabb szintű érzelmi kiemerülésről és alacsonyabb deperszonalizációról számolnak be. Úgy tűnik, hogy a gyermekvállalás hozta terhelés könnyítő tényező a munkahelyi nehézségekkel való megküzdésben (Györffy, 2019; Shanafelt et al., 2009; Györffy és Girasek, 2015; Ádám et al., 2008). Nem találtunk kapcsolatot a kiégés és az életkor, az egészségügyben töltött évek száma és az intenzív osztályon töltött évek száma között. Sok tanulmány alapján a rezidensek, fiatal orvosok körében a kiégés prevalenciája magasabb, hiszen a fiatal és tapasztalatlan munkavállalók még nem fejlesztették ki a munkahelyi nehézségek megküzdéséhez szükséges eszköztárt (Shanafelt et al., 2012; Györffy és Girasek, 2015). Az erős fizikai, mentális és érzelmi megterhelés, a magas szintű felelősség és az alacsony szintű kontroll mind hozzájárulnak a fiatal dolgozók kiégéséhez. A szegedi AITI-ben nem találtunk ilyen összefüggést, ami a minta nagyságának vagy inhomogenitásának lehet köszönhető.

Nem találtunk nemi különbséget a kiégés három skáláján elért pontszámok között és eredményeink

alapján nem volt hatással a kiégésre a párkapcsolati státusz. Ennek oka módszertani hiba is lehet, mert az elkülönítő kategóriáink: nőtlen/hajadon, házas, élettársi kapcsolat, elvált és özvegy. Ez alapján azon munkavállalók, akik párkapcsolatban élnek, de még nem házasok vagy nincsenek élettársi kapcsolatban is az „egyedülálló” csoportba kerülnek besorolásra. A családi állapotot a szakirodalom egyes esetekben protektív tényezőként említi (Shanafelt et al., 2009; Shanafelt et al., 2012; Ádám et al., 2008) és míg jelen esetben a családi állapot nem volt hatással a kiégésre, a társas támogatottság megélésének mértéke igen, ami egyebek mellett a párkapcsolatokra is vonatkozik.

Kutatásunk erőssége, hogy új ismeretekkel bővíti a magyar fekvőbetegellátásban dolgozók kiégésével kapcsolatos tudásunkat, amellyel tovább tudjuk csiszolni a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ dolgozói számára elérhető tréninget. A tréning jelenleg három témakört dolgoz fel: kiégés, kommunikáció és agresszió, indulatkezelés. A továbbiakban a mintanagyság növelése és a további fekvőbetegellátó vizsgálati helyek bevonása mellett kvalitatív kérdések bevezetését is tervezzük, amelyek segítségével jobban fel tudjuk térképezni milyen intézkedésekre, prevenciós és intervenciós lépésekre van szükség a kiégés elleni küzdelemben.

Irodalomjegyzék

1. Ádám, Sz., Torzsa, P., Györffy, Zs., Vörös, K., Kalabay L. (2008). Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap*, 150, 317-323. doi:10.1556/OH.2009.28544
2. Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Hazag, A. (2014). A megküzdési stratégiák negatív és pozitív prediktív kapcsolata a kiégés három dimenziójával orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 155, 1273-1280. doi:10.1556/OH.2014.29949
3. Ádám, Sz., Mészáros, V. (2012). A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13, 127-143. doi:10.1556/Mental.13.2012.2.2
4. Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x
5. Balan, S.A., Bubenek-Turconi, S.I., Droc, G., Marinescu, E., Nita, E., Popa M.C., ... Tomescu, D. (2019). Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 26, 31-36. doi:10.2478/rjaic-2019-0005
6. Bartosiewicz, A., Januszewicz, P. (2019). Readiness of Polish Nurses for Prescribing and the Level of Professional Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 35. doi:10.3390/ijerph16010035
7. Borys, M., Wiech, M., Zyzak, K., Majchrzak, A., Kosztyla, A., Michalak, A., ... Czuczwar, M. (2019). Job satisfaction among anesthetic and intensive care nurses – multicenter, observational study. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 51, 102-106. doi:10.5114/ait.2019.85804
8. Caldwell, R.A., Pearson, J.L., Chin, R.J. (1987). Stress moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 5-17. doi:10.1177/0146167287131001
9. Canadas-De la Fuente, G.A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E.I., Vargas, C., Gomez-Urquiza, J.L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: a meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2102. doi:10.3390/ijerph15102102
10. Cubrilo-Turek, M., Urek, R., Turek, S. (2006). Burnout Syndrome – Assessment of a Stressful Job among Intensive Care Staff. *Collegium Antropologicum*, 30, 131-135.
11. Czeglédi, E., Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160, 12-19. doi:10.1556/650.2019.30856
12. Györffy, Zs., Girasek, E. (2015). Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legvesélyeztetettebbek? *Orvosi Hetilap*, 156, 564-570. doi:10.1556/OH.2015.30121
13. Györffy, Zs. (2019). Kiégés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében. *Orvosi Hetilap*, 160, 112-119. doi:10.1556/650.2019.31258
14. Hompoth, E.A., Tőreki, A., Pető, Z. (2018). A kiégés szind-

- róma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozóinak körében. *Orvosi Hetilap*, 159, 113–118. doi:10.1556/650.2018.30933
15. Hyman, S.A., Michaels, D.R., Berry, J.M., Schildcrout, J.S., Mercaldo, N.D., Weinger, M.B. (2011). Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology*, 114, 194–204. doi:10.1097/ALN.0b013e318201ce9a
 16. Kállai, J. (2007). Egészség és társas támogatás. In: Kállai, J., Varga, J., Oláh, A. (szerk.) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
 17. Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308. doi:10.2307/2392498
 18. Kopp, M., Kovács, M. (szerk.), (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
 19. Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3rd edn. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
 20. Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
 21. Mészáros, V., Cserhádi, Z., Oláh, A., Perczel Forintos D., Ádám, SZ. (2013). A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében - lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában. *Orvosi Hetilap*, 154, 449–454. doi:10.1556/OH.2013.29572
 22. Németh, A. (2016). Orvosok kiégetttségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alváskörülményekkel. *Orvosi Hetilap*, 157, 623–630. doi:10.1556/650.2016.30410
 23. Oláh, A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Trefort Kiadó, Budapest.
 24. Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G.J., Russel, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J.A. (2009). Burnout and career satisfaction among american surgeons. *Annals of Surgery*, 250, 463–471. doi:10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd
 25. Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M.R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172, 1377–1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
 26. Shin, H., Park, Y.M., Ying, J.Y., Kim, B., Noh, H., Lee, S.M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. *Professional Psychology Research and Practice*, 45, 44–56. doi:10.1037/a0035220
 27. Stankovic, M., Tőreki, A., Lázár, Gy., Pető, Z. (2019). A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának dolgozói körében és összehasonlítása a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon kapott eredményekkel. *Orvosi Hetilap*, 160, 784–791. doi:10.1556/650.2019.31396
 28. Tandari-Kovács, M. (2010). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori disszertáció. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest.
 29. World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Elérhető: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

A tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a NÖVÉR szakfolyóirat 2020. évi lapszámaiban is megtalálhatóak voltak a továbbképző cikkek. Olvasóink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére hamarosan lehetőség nyílik, a MESZK honlapján keresztül, online módon. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA



ÚJ, TÉRÍTÉSMENTES E-TOVÁBBKÉPZÉSEK!

Elérhetőek a MESZK új, online továbbképzései:

- **Infekciókontroll**
- **Mediációtól a bevezetésig**
- **Nővér szakmai tudományos továbbképzés VII.**

Keresse fel a honlapot és végezze el Ön is otthonról, egyszerűen, kényelmesen **szabadon választható továbbképzését:**

További e-továbbképzésekért és bővebb információért látogasson el a meszk.hu weboldalra.



EREDETI KÖZLEMÉNY

Időskori ápolásban használható robotokkal szembeni előítélet és elfogadottság vizsgálata

VASS Dezső, ÁRVAI László, DR. HABIL OLÁH András

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Az ápolók munkájának robotokkal történő támogatása hosszú távon segíthet enyhíteni az idősödő társadalommal egyre növekvő ápolói munkaerőhiányt. Kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük az idős emberek hogyan fogadnának el nem emberi segítséget, illetve annak vizsgálata, hogy az el nem fogadást mennyire befolyásolják az előítéletek, a robotokkal kapcsolatos felületes ismeretek és az újtól való idegenkedés.

Anyag és módszer: A vizsgálatot 2020 júliusában végeztük. Az adatgyűjtéshez saját készítésű kérdőívet használtunk, melyet személyes interjú keretében töltöttünk ki, hatvan év feletti vizsgált személyekkel. A kérdőív a robotok ismeretere, elfogadása, illetve az esetleges jövőbeli felhasználás, ápolási segítség elfogadására irányultak. A válaszok egy hatfokozatú Likert skálán kerültek rögzítésre és ez alapján meghatározott pontszámok segítségével kerültek feldolgozásra.

Eredmények: Bizonyítottuk, hogy az idős emberek körében a robotizált ápolással szembeni fenntartások elsősorban előítéleteken alapulnak, rövid tájékoztatóval és bemutatóval sikerült az elfogadottság szinte minden szintjén lényeges javulást elérni, illetve bizalom különböző szintjeit emelni. Feltártunk ugyanakkor olyan jelenségeket, mint a robotok kezelésével kapcsolatos túlzott magabiztosság növekedés, saját kezelési készség túlértékelése ezért ezeken a területeken az okok feltárása és megértése érdekében folytatni szükséges a kutatást.

Következtetések: Az idős emberek részéről tapasztalható félelem és elutasítás nagy részben előítéletekből fakad. Rövid bemutatóval, illetve robotok alapvető megismerésével az idős emberek robotokkal szembeni elutasítása átfordítható elfogadottságba, kíváncsiságuk feléleszthető a robotok és a robotizált ápolás irányába.

Kulcsszavak: segítő robotok, fókuszcsoport, idősök igényei, gondozó robotok, idősgondozás, jóléti technológia

Survey of preconception and acceptance of the robotic care among elderly people

Dezső VASS, László ÁRVAI, Dr. András OLÁH

SUMMARY

The aim of study: Application of robots might ease the labor shortage of the ageing society care in long term. The aim was (1) to measure the acceptance of the robotic care among elderly people, (2) measure the preconception related to the acceptance of robotic care.

Material and method: A personal survey was done in 2020 June. The questionnaire was filled out by 40 Hungarian people all above 60 years. The questionnaire contained questions about the acceptance, trust in robots in general and acceptance, possible usage fields of care robots. Each people filled out the questionnaire twice. After the first fill out, there was a presentation about robots in general and the participants could meet with two different robots. Then the questions were asked again. The analysis mostly based on the comparison of the first and second questionnaire.

Results: The revulsion of elderly people against robots is mostly based on preconception, after a short explanation we could change their attitude and achieve better acceptance of robots. However, in the case of capability of handling robots our results showed too high self-confidence, which we could not explain yet. Therefore, more research is required in this field.

Conclusion: The preconception of elderly people against robots is real phenomenon, but since mostly it is based on the missing knowledge of robots and robotic care it can be change by the appropriate education and personal experiences..

Keywords: assistive robots, focus group, needs of the elderly, care robots, elder care, welfare technology

VASS Dezső klinikai mérnök, vezetőkutató, e-Health kutatási csoportvezető, Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Közhasznú Nonprofit Kft.

ÁRVAI László okl. mérnök-informatikus, osztályvezető, Rendszerfejlesztési osztály, Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Közhasznú Nonprofit Kft.

DR. HABIL OLÁH András Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző

(correspondent):

VASS Dezső; E-mail cím: dezso.vass@bayzoltan.hu

Beérkezett: 2020. október 21.
Elfogadva: 2020. november 16.

Bevezetés

A fejlett országokban és ezzel együtt Magyarországon is jól ismert jelenség a társadalom elöregedése, idős korú lakosság számának relatív megemelkedése a fiatalabb korosztályhoz képest. Ennek természetesen több oka is lehet, az egyre fejlődő egységügytől kezdve, mely hosszabb és minőségibb életet tud biztosítani a lakosság számára, a születések sajnálatosan alacsony számáig (Tóth & Gubik, 2016). Gyakorlatilag ezzel egyidőben megemelkedett a munkaerőpiaci vagyis földrajzi mobilitás mértéke, egyre több fiatal dolgozik nagyobb távolságra a szülőhelyétől és a szüleitől, így az idős hozzátartozók gondozásában egyre kisebb szerepet tudnak vállalni (Sebők, 2014). Mivel az idős emberek általában szívesebben töltik napjaikat saját otthonukban, mint idősotthonban vagy egyéb gondozást biztosító helyen, ezért az önálló életvitelük, illetve önállóságuk támogatása és az egészségügyi állapotuk rendezeres monitorozása egyre fontosabb megoldandó feladat a társadalom számára. Sajnos ápoló, gondozó munkaerőből is hiány van, így pusztán emberi segítséggel már a jelenben sem, de a jövőben még kevésbé lesz megoldható az idős emberek megfelelő minőségű életvitel támogatása és felügyelete. Ebben az esetben a különböző informatikai megoldások segíthetnek, egyre nagyobb automatizáltságu és egymással, illetve egy központi rendszerrel kommunikálni képes eszközök sok feladattól mentesíteni tudják a formális vagy informális gondviselőket.

Ezért az ilyen informatikai megoldás alapú, önálló életvitelt támogató (Assistive Technology) rendszerek tömeges elterjedése várható a közeli jövőben, mint például a telemedicina rendszerek széleskörű alkalmazása. Ezeknek a rendszereknek egy viszonylag új eleme, robotok alkalmazása idős emberek életvitelének támogatásában.

A robot bevonása az időgondozásba számtalan nehézséggel jár, műszaki, társadalmi, jogi kérdéseket kell megválaszolni ahhoz, hogy a robotok az időgondozás mindennapi részei lehessenek (Rose-Marie, 2020). A részletes, de csak Svédországot felölölő kutatás rámutat arra, hogy nagyon sok szervezetnek (oktatási, kutatási, robot gyártó, biztosítási, ápolási, törvénykezési) szervezetnek kell együtt dolgoznia, hogy a robotok bevezetése egyáltalán lehetséges legyen.

Szintén a számtalan nehézséget és az idősek robotokkal szembeni elvárásának sokszínűségét és sokszor ellentmondásosságát mutatja be (Frennert, 2013) egy Svédországban készült részletes felmérés.

A robotok megfelelő kialakítása is számtalan problémát vet fel. Olyan kérdéseket, mint például a robot külső megjelenése, viselkedése, kommunikáci-

ója milyen szempontok szerint legyen megtervezve. Ráadásul ezek a szempontok nem csak a gondozott szempontjából fontosak, hanem a formális és informális ápolók szempontjait is figyelembe kell venni (Bedaf, 2017). Ezen kívül kihívásokat tartogató probléma még a környezet kialakítása is, amiben a robot biztonsággal tud mozogni és az idős ember is biztonságban, otthonosan érzi magát.

Zsiga (2013) az idősgondozás különböző szereplőinek nagyon eltérő elvárásait elemzi kis elemszámon, de három országot összehasonlítva (Zsiga, 2013). Megállapítja azt, hogy míg az idősek ápolásáért felelős személyek számára az idősek biztonságának megteremtése a legfontosabb elvárt tulajdonsága a robotoknak, addig az idősek inkább társaságra vágnak a robot „személyében”, illetve a háztartásban és a ház körül előforduló fizikai munkában várnak segítséget.

Jelenleg a robotok tervezése technológiai oldalról vezérelt, pedig ahhoz, hogy az idősek is elfogadják, szükséges lenne a véleményükre, illetve akár már a funkcionális tervezésbe történő bevonásba (Wu Y. H., 2012). Fontos lenne megismerni, hogy milyen funkciók azok, amelyek hasznosak lennének számukra, illetve amelyekben el is fogadnák a segítséget. Fontos ismeret lenne még a nem vagy nem csak funkcionális elvárások (pl. méret, kinézet) hiszen ezek is fontos összetevői az elfogadottságnak és a bizalom kialakulásának.

A vizsgálat célja

Kutatásunk célja az volt, hogy – az egyébként technológiai újdonságoktól nagyrészt idegenkedő – idős emberek esetében felmérjük, hogyan viszonyulnak a robotokhoz, illetve a robotizált ápolás lehetőségeihez. Megértsük, hogy az esetleges félelmeknek, fenntartásaiknak az alapja az ismeretlenségtől való félelemből vagy valamilyen egyéb, feltárható és megismerhető ellenérzésből fakad. Kutatásunk további hozadéka azoknak a szempontoknak a vázlatos meghatározása, melyek javíthatják a robotizált ápolás elfogadottságát, illetve azon robot funkciók és felhasználási területek megállapítása, amelyek felkeltik az idős emberek érdeklődését, számukra is elfogadhatóvá, esetleg kíváncsiá teszi robotok alkalmazását az ápolásukban. Ezek az információk később felhasználhatók a robotok tervezésénél és funkcionalitásuk kialakításánál.

Hipotézisek

1. A kérdőívet kitöltők jelentős része nem találkozott még személyesen robotokkal, illetve csak felületes ismeretekkel rendelkezik, melyek egy-egy új-

ságcikkből vagy egyéb médiából származnak, és jellemzően ipari robotokkal vagy tudományos-fantasztikus filmekkel kapcsolatosak.

2. Az idős emberek általában tartózkodnak az új technológiai eszközökkel szemben, sokszor félnek is használni ezeket az eszközöket.

3. Sok esetben ez idegenkedés vagy tartózkodás az új eszközökkel szemben a csökkent képességek miatti önbizalomhiányon, előítéleten vagy az eszközzel kapcsolatos ismeretek hiányán alapul.

4. Akár egy rövid ismertető előadás és személyes használati tapasztalat képes mérhetően javítani az elfogadottságon.

Anyag és módszer

Egy kvantitatív, kérdezőbiztosok által személyes interjú keretében kitöltött kérdőíves felmérést végeztünk idős emberek körében 2020. júliusában. A kutatásban csak 60 év feletti emberek vettek részt. A hiányosan, vagy nem ellenőrzött módon kitöltött kérdőívek nem kerültek feldolgozásra.

Kutatási eszköz és a kutatás körülményei

Az adatgyűjtést nyugdíjaskorú, hatvan év feletti, de még aktív életet élő személyek között végeztük. Ahhoz, hogy őket elérhessük, elsősorban nyugdíjasklubok tagjai között végeztük el a felmérést, hiszen a klubok tagjai aktív életet élnek és általában nem nehezíti az életüket súlyos, folyamatos ápolásra szoruló krónikus betegség. A felméréshez négy idősklub, 10-10 önkéntesen jelentkező tagjának véleményét használtuk fel, eredményeink így összesen negyven (N=40) ember véleményét tükrözik.

A KSH statisztikai adatai alapján, Magyarországon a hatvan év feletti lakosságban 60%-40% a nők-férfiak aránya. Sajnos az aktív életet élő és idősklubokat látogató hatvan év felettiek között ez az arány sokkal rosszabb, a férfiak aránya jelentősen kisebb. Ezért felmérésünk a nemek szempontjából nem reprezentatív. Az általunk végzett felmérésben 7 férfi és 33 nő válaszadó volt, a nemek aránya így 82,5%-17,5% a nők-férfiak között.

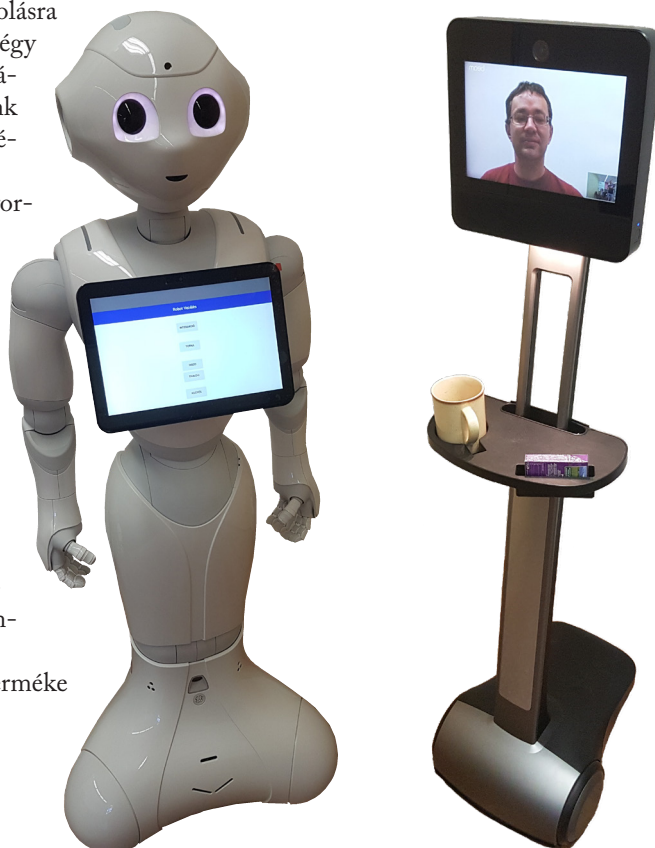
A vizsgálatnak része volt valóságos robotokkal történő találkozás, személyes benyomás megszerzése is. Ehhez két robot állt rendelkezésünkre (1. ábra).

A Pepper robot a SoftBank Robotics terméke

(Pepper, 2020). Humanoid kialakítású, 120cm magas robot. Elsősorban kommunikációs célra készült, képes emberi arc és érzések felismerésére. Illetve humanoid jellegénél fogva, kezeivel egyszerűbb feladatokat is el tud végezni. Kísérletünkben a robot képességeit egy pohár idős ember részére történő átadásával, egyszerű kommunikációs feladatokkal és szórakoztatással (tánc) mutattuk be.

A kísérletben felhasznált másik robot Suitable-Tech Beam robotja volt (Suitable, 2020). A robot elsősorban telepresence célokra készült, vagyis a beépített kamera és a nagy méretű kijelző segítségével videó hívásokat lehet lebonyolítani, mivel a robot távirányítással mozgásra is képes, így a videóhívás tetszőleges helyen lebonyolítható. A kísérletben egy hozzátartozó, ápoló vagy orvos és az idős ember közötti kommunikációt mutattuk be, lehetősége volt az éppen vizsgált idős embernek a kollégáinkkal való idejű videókapcsolaton keresztül kommunikálnia.

A vizsgálathoz azért volt szükségünk két, alapvetően eltérő kialakítású és funkcionalitású robotra (humanoid illetve telepresence), hogy a vizsgált személyek számára is egyértelmű legyen a robot fajták közötti különbség, illetve meg tudjuk figyelni egy humanoid kialakítástól eltérő robotot elfogadottságát. (A két kialakítás közötti árkülönbség kb. egy nagyságrendnyi, így nagyobb valószínűséggel fognak humanoidtól eltérő robotokat alkalmazni a későbbiekben.)



1. ábra: A kísérlethez felhasznált robotok (bal oldali a Pepper, jobb oldali a Beam)

A vizsgálathoz a saját készítésű, 26 kérdésből álló kérdőívet használtunk. A kérdőív kitöltését kérdezőbiztosok segítették, a kitöltés négyszemközt, külső befolyástól mentes környezetben történt. A kérdőív első két kérdése eldöntendő kérdés volt, „Hallott-e már robotokról?”, illetve „Látott-e már robotot működés közben?”, ezen kérdések nem szerepeltek a kiértékelésben. A többi kérdésre a választ egy hatfokozatú Likert skálán lehetett megadni és a robotok elfogadására irányultak.

A vizsgálat menete mindegyik helyszínen megegyezett, és a következő fontosabb lépésekből állt:

1. A kísérlet általános ismertetése, adatvédelmi és önkéntességi nyilatkozatok kitöltése,

2. Kérdőívek kitöltése tíz önkéntes által, kérdezőbiztos segítségével,

3. Minden résztvevő számára bemutatásra kerül egy robotokkal kapcsolatos ismeretterjesztő film és megtartásra kerül egy rövid előadás a robotok szerepéről.

4. A kérdőívet kitöltő személyeknek egyenként, elkülönített helységben bemutatásra kerül a két robot.

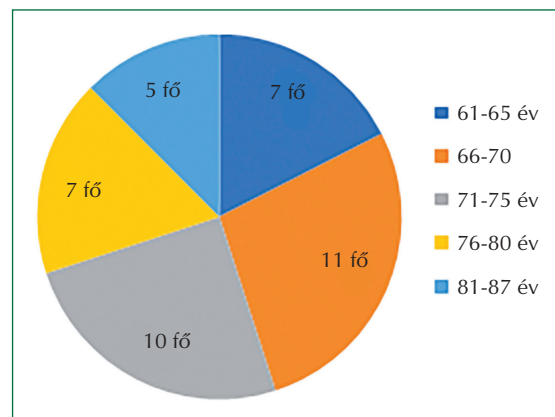
5. A bemutató után újra - kérdezőbiztos segítségével - kitöltésre kerül a kérdőív.

Az eredményeket a bemutató előtt és a bemutató után készült kérdőívek eredményeinek összehasonlításából várjuk, ezzel mérve a robotokkal történő részletesebb megismerkedés hatását a kialakult véleményre (előítéletre), illetve ennek számszerűsített változását szeretnénk mérni a kísérlettel. A bemutató előtti és utáni kérdőívek lényegében azonosak voltak, az első két kérdés kivételével. Az első kérdőív (bemutató előtti) első két kérdésében a robotokkal kapcsolatos általános tájékozottsággal kapcsolatosan kerestünk információkat („Hallott-e már robotokról?”, „Látott-e már robotokat?”), ezekre eldöntendő válasz volt adható. A többi kérdésre egy hat fokozatú Likert skálán lehetett válaszokat adni (0 = „Egyáltalán nem”, 5 = „Természetesen igen”) és az elfogadás, a felhasználási hajlandóság, bizalom különböző aspektusait voltak hivatott mérni.

Eredmények

A felmérésbe hatvan év feletti idős emberek kerültek bevonásra, és a kérdőívet 40 személy töltötte ki megfelelően. Az értékelések ezen kérdőívek adatai alapján készültek (N=40). Mivel a kitöltők között a nemek aránya nem tükrözi a népesség statisztikai adatait, ezért nemek alapján nem végeztük el az elemzést. Az elemzések csak korcsoportokra bontva készültek el. A vizsgált személyek korát öt éves tartományú korcsoportokra osztottuk, az elemzések e szerint történtek, a korcsoportok eloszlását a **2. ábra** szemlélteti.

2. ábra: Vizsgált személyek száma az egyes korcsoportokban



Első lépésként azt ellenőriztük, hogy a robotok bemutatása előtt és után kitöltött kérdőívek eredményei között valóban van-e szignifikáns változás. Ehhez egy párosított t-próbát végeztünk, azzal a nullhipotézissel, hogy első és második kérdőívekre adott válaszok átlaga nem változott. Ez a vizsgálat igazolta, hogy a null hipotézist el kell vetnünk, az eredmények szignifikánsan változtak ($t = -5,737$, $p < 0,001$).

A kérdőívben az elfogadás különböző szintjei jelennek meg, az egyszerű birtoklástól („Jó ötletnek tartom, hogy legyen egy robotom”) a bizalom különböző típusainak megfelelő kérdéscsoportok által. Így kérdéseket tettünk fel az ápolásban elkerülhetetlen testi kontaktussal (megérintéssel), illetve a lelki bizalommal kapcsolatban és arra vonatkozóan is, hogy a robot mennyire lehetne társ, társaság az egyedülálló idős emberek számára. Az elfogadás különböző szintjeit reprezentáló kérdéscsoportok közül néhány kiragadott kérdés statisztikai elemzését mutatja az **I. táblázat**.

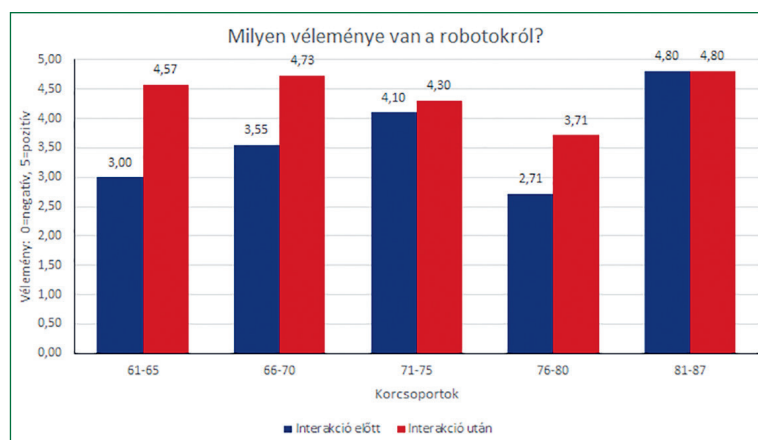
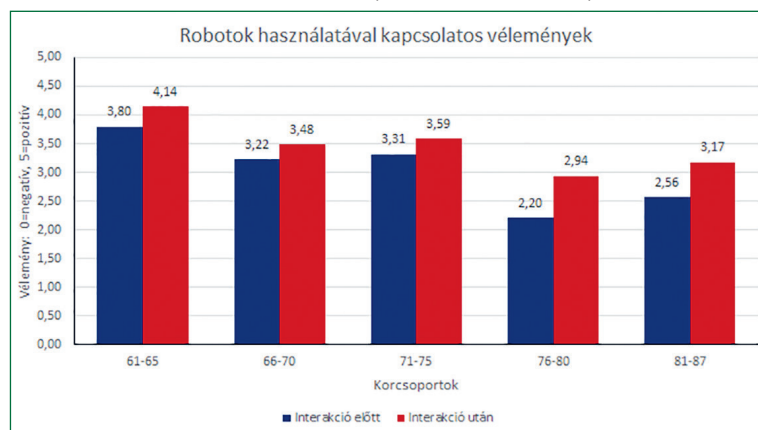
A táblázatban látható, hogy a bemutató után hogyan nőttek a válaszokra adott értékek, hogyan nőtt meg a bizalom és hogyan javult a robotokkal szembeni elfogadás. Egyúttal az is megfigyelhető, hogy a kérdésekre adott válaszok szórása is lényegesen csökkent, vagyis a kezdetben nagyon heterogén és kissé elutasító vélemény egységesebb lett, és lényegesen elfogadóbb irányba mozdultak el a válaszok.

A kérdésekre adott válaszokat korosztályos csoportosításban is vizsgáltuk, külön az egyes kérdésekre adott választ, illetve a bizalom, elfogadás és robotok felhasználhatóságával kapcsolatos kérdéseket csoportokban is elemeztük. Így azt is láthatjuk, hogy az életkor előrehaladásának milyen befolyása van az adott válaszokra. A robotokkal kapcsolatos megítélés változása látható a **3. ábrán**.

1. táblázat: Néhány kiragadott kérdés és a válaszok pontszámainak statisztikai értékei

Kérdés	Bemutató előtt		Bemutató után		Átlag változás
	átlag	szórás	átlag	szórás	
Jó ötletnek tartom, hogy legyen egy robotom.	2,425	1,893	3,500	1,695	1,075
Azt gondolom, hogy a jövőben használni fogok robotot.	2,650	1,902	3,625	1,530	0,975
Bizalommal lenne-e egy robottal kapcsolatban?	3,600	1,630	4,425	1,035	0,825
Bíznék egy robotban, ha tanácsot adna nekem.	3,128	1,851	3,775	1,493	0,646

A válaszok megadása 6-fokozatú Likert skálán történt (0 = „Egyáltalán nem”, 5= „Természetesen igen”)

3. ábra: A robotokkal kapcsolatos megítélés változása korosztályok szerint**4. ábra:** A robotok használatával kapcsolatos kérdéscsoport elemzése

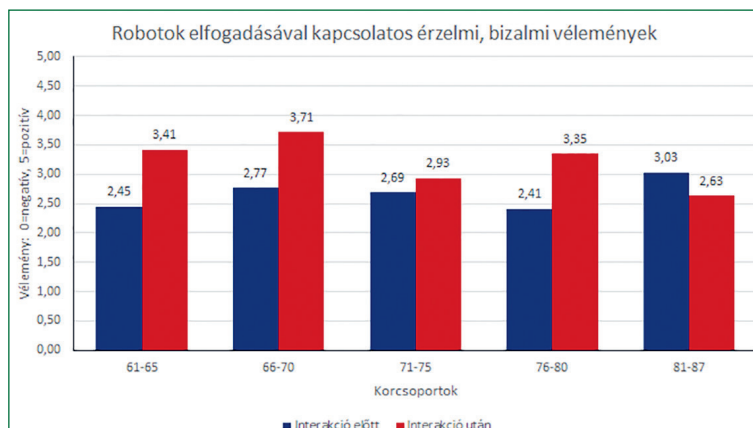
Látható, hogy a vizsgálat alapján a megítélés a legidősebb korosztály kivételével pozitív irányban változott. Az is látható, hogy minél idősebb korosztályt vizsgálunk, a változás annál kisebb. A robotokkal történő interakció előtt és az után a kérdésre adott válaszok átlaga a legfiatalabb korosztályban emelkedett a legnagyobbat, az életkor növekedésével az interaktív bemutató egyre kevésbé tudta befolyásolni a robotokról alkotott véleményt.

Vizsgáltunk több, azonos célból feltett kérdésekre adott válaszok átlagát is. Így például a robo-

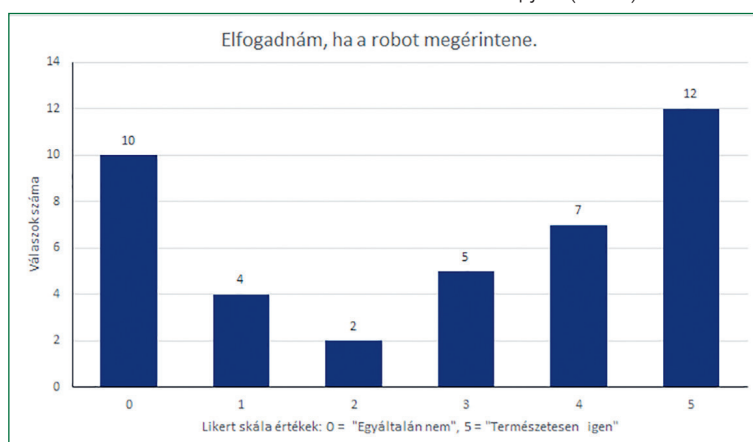
tok hétköznapi használatával, az általuk nyújtott segítség elfogadásával kapcsolatos kérdéscsoportot is elemeztük. A kérdéscsoportba ezek a kérdések tartoztak: „Tudna-e Önnek segíteni egy robot a mindennapi életében?”, „Ha használnék egy robotot, félnék attól, hogy elrontom.”, „Azt gondolom, hogy a jövőben használni fogok robotot.”, „Azt hiszem, a környezetem szeretné, ha egy robot segítene a mindennapokban.”, „Nekem kényelmes lenne, ha lenne egy robotom.”, „Azt hiszem, bármilyen segítség nélkül tudnék használni egy robotot.”, „Úgy gondolom, hogy a robot csak azt fogja csinálni, amire az adott pillanatban szükségem van (pl.: kávéát főzni, ágyazni, gyógyszert hozni... stb.)”. A több kérdésre adott pontszámokból is látható (4. ábra), hogy az összes résztvevő szerint hasznos lenne számára egy robot. A robotokkal való személyes találkozó után ez a tény javult, korosztálytól függetlenül. A korosztályos bontásban azonban megfigyelhető, hogy az idősebbek kicsivel nehezebben tudják elképzelni a mindennapjaikban a robotok használatát.

Egy másik kérdéscsoporttal azt vizsgáltuk, hogy mennyire lehetne – az időskorban sajnos sokszor jellemző – magányt oldani robotokkal, kialakulhatna-e olyan mértékű bizalom az idős emberekben a robotokkal kapcsolatban, hogy akár egyfajta társként, a magányt enyhítő partnerként tekintsenek az automata eszközökre. Így ebben a kérdéscsoportban azoknak a kérdéseknek a válaszait értékeltük, melyek a robotok magasabb szintű, érzelmi is jelentős mértékű elfogadásával kapcsolatosak, mint: „Bizalommal lenne-e egy robottal kapcsolatban?”, „Lehetne-e társ illetve oldandó-e a robot a

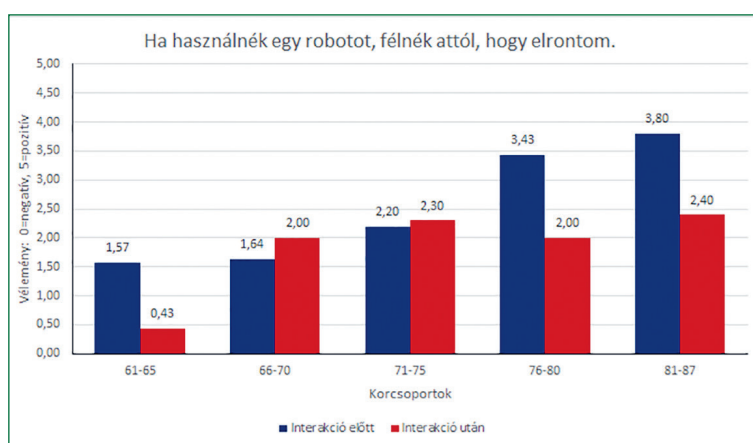
5. ábra: Robotok elfogadásával kapcsolatos érzelmi, bizalmi vélemények, interakció előtt és után



6. ábra: Válaszok száma a Likert skála értékei alapján (N=40)



7. ábra: A robotok kezelésének megítélésére adott válasz változása korosztályok szerint



magányt?”, „Növelné-e a biztonság érzetét egy robot az otthonában?”, „Örölnék, ha egy robot beszélne hozzám.”, „Egy robotnál úgy érezném, mintha valódi emberrel beszélnék.”, „El tudom képzelni, hogy a robot egy élőlény.”, „Úgy érzem, hogy egy robot megértene engem.”.

A több kérdésre adott pontszámokból pozitív változás látható az önállóan vizsgált, „*Bizalommal lenne-e egy robottal kapcsolatban?*” kérdéshez képest. Míg az előbbi egyedi kérdésnél 70 éves kor felett a bizalom vagy csökkent, vagy csak kis mértékben nőtt, addig ez a kérdéscsoport esetén csak 80 éves kor felett volt jellemző a bemutatató után (5. ábra).

A kérdések egyedi vizsgálata közben néhány váratlan jelenséget is felfedeztünk, melyeket jelenleg nem tudunk pontosan megmagyarázni, ezért további részletes vizsgálatuk szükséges.

A kérdőív néhány kérdésére adott válasz esetében nem egyértelmű az előítélet, megítélés pozitív irányba történő változása. A válaszok átlagértéke ugyan nőtt, de szórásuk az interakció után is jelentős értéket ($s > 2$) mutatott. A válaszadók között nem volt közeli álláspont, a Likert skála két végső értékéhez közeli válaszok születtek a legnagyobb számban. A legmegosztóbb ilyen jellegű kérdés volt az „*Elfogadnám, ha a robot megérintene.*” melynek szórása $s = 2,032$. Ezért az egyes skála értékekhez tartozó válaszok számát külön is ábrázoltuk és megvizsgáltuk. Ezen, az interakció után született válaszokat mutatja a 6. ábra.

Az ábrán is látható, hogy a kérdés mennyire megosztó volt, a válaszok több mint fele a teljes elutasítást vagy a feltétel nélküli elfogadást mutatja. Ezért ezt az eredményt nem használtuk fel a csoportos válaszok vizsgálatánál.

A kutatásunk során még egy érdekes jelenségre figyeltünk fel, ez pedig az interaktív bemutatató után kialakult túlzott magabiztosság a robotok, mint műszaki

eszközök kezelésétől. Ezt a 7. ábrán láthatjuk.

Az ábrából az látható, hogy különösen az idősebb korosztályok esetében relatíve nagy mértékben nőtt meg a robotok kezelésével kapcsolatos önbizalom, a kezdeti viszonylagos óvatosságot felváltotta a robo-

tok elrontásától egyáltalán nem tartó magabiztosság. Vizsgálatainkkal igazoltuk azt a hipotézisünket, mely szerint az idegenkedés nem mélyen gyökerezik, hanem elsősorban a részletes és megbízható ismeretek hiányán alapul. Azt is bizonyítani láttuk, hogy egy rövid bemutató után az előítéletek jelentős része csökkenthető, az elfogadottság és a bizalom nagy mértékben növelhető.

Megbeszélés

Kutatásunk fő kérdései azok voltak, hogyan fogadná a hatvan év feletti társadalom a robotizált ápolás lehetőségét, annak eszközeivel – a robotokkal – szemben mennyire elutasító, az esetleges elutasítás mennyire csak a viszonylag könnyen megváltoztatható előítéleten alapul, vagy esetleg mélyebb gyökerei vannak. Ezzel a vizsgálattal szándékaink szerint az idősgondozásban használható robotizált ápolási technológiák magyarországi bevezethetőségének egyik aspektusát, bevezetési feltételeinek, a robotokkal kapcsolatos elvárások egy részletét tártuk fel. Ehhez egy robotokkal kapcsolatos ismereteket bővítő előadást és a vizsgált alanyok számára személyes bemutatót tartottuk, és kérdőívek segítségével mértük a bizalom, elfogadás, felhasználási nyitottság változását a bemutató előtt és után. Az elfogadás különböző szintjeit mértük, kezdve a robotokat egyszerű segítő eszközöknek tekintő hozzáállástól egészen a lelki bizalom szintjéig. A vizsgálatunk azt mutatta, hogy minden szinten növelhető a bizalom, könnyebbé tehető a robot el- és befogadása.

Volt néhány olyan kérdés, amelyre adott válaszok számunkra váratlan eredményt adtak. Az egyik ilyen kérdés a **6. ábra** kapcsán már említett, „*Elfogadnám, ha a robot megérintene*” kérdésre adott szélsőséges válaszok. Ez azért is meglepő, mert az interaktív bemutatónak része volt a robotokkal kapcsolatos fizikai kontaktus kialakítása is. A bemutató egy pontján meg kellett érinti, simogatni a humanoid robotot. Vagyis minden válaszadó valamilyen minimális mértékben hozzá kellett érjen a robothoz, ezért is váratlan a kérdésre adott válaszok szélsőségsége. Valószínűleg az emberszabású robot túlságosan emberi ahhoz, hogy gépként vagy eszközként tekintsünk rájuk, de ahhoz pedig túlságosan gépi és mesterséges, hogy élőlényként tekintsünk rájuk. Ez a kérdés még további kutatásokat fog igényelni.

Másik ilyen kérdés a **7. ábra** kapcsán már említett, a robotok kezelésével kapcsolatos túlzott önbizalom kialakulása, mely okának azt tulajdonítottuk, hogy a robotos bemutató a rövidsége miatt túlságosan ideális képet festett a robotok használhatóságáról, illetve annak egyszerűségéről. Ezért a későbbi kutatások során a bemutatónak megfelelően hangsúlyozni kell,

hogy a robotok azért még high-tech eszközök és bizonyosan több robotgenerációra lesz szükség, mire használatuk egy bármilyen háztartási eszköz bonyolultságának szintjére csökken.

Kutatásunk tervezett hozadéka volt még az is, hogy rámutassunk: az idősgondozásban használt robotokkal szembeni előítélet létezik, de ennek elsősorban az ismeretek hiánya, az ismeretlentől való félelem az oka, vagyis megfelelő képzéssel, bemutatókkal lehet javítani az elfogadottságot. Az is célunk volt, hogy megmutassuk, ezt a képzést érdemes minél hamarabb, a nyugdíjas évek elején vagy még az előtt is megtenni, amikor még sokkal befogadóbbak az emberek. Illetve célunk volt még annak a feltárása is, hogy az idősgondozásba bevezetni tervezett robotok kialakításakor, tervezésekor fontos figyelembe venni az idős emberek igényeit, elképzeléseit ahhoz, hogy számukra a robotok könnyen elfogadhatók, az mindennapi életükbe könnyen beintegrálhatók legyenek.

A kutatás korlátai

A kutatás területi lefedettség, elemszám, illetve a 60 év feletti korosztály nemek szerinti és fizikai, mentális állapot szerint is bizonyos korlátokkal rendelkezik. A kutatást Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végeztük, 60 év feletti, de aktív életet élők (nyugdíjas klub vagy valamilyen nyugdíjas szerveződés tagjai) között. A nemek aránya nem volt reprezentatív a felmérésben, illetve az iskolázottság, anyagi és egyéb környezeti jellemzők sem voltak jelentősen lefedve. Ezért érdemes lenne a vizsgálatot szélesebb körben is elvégezni – akár országosan is – és szélesebb társadalmi réteget bevonni, így részletesebb képet kaphatnánk az elfogadást befolyásoló egyéb körülményekről is, illetve pontosabb képet kaphatnánk az elfogadás javításának hatékony lehetőségeiről. Mivel a robotok korlátozott elérhetősége illetve a szállításukkal kapcsolatos nehézségek bonyolulttá és költségessé tette egy országos kiterjedtségű vizsgálatot, ezért érdemes megfontolni a virtuális valóság (VR) technológia alkalmazhatóságát a robotok bemutatására, természetesen fokozott biztonság garantálása mellett (Shabbir, 2019).

Összefoglalás

Magyarországon is – mint ahogy a világ számos részén – az idősok ápolása, felügyelete egyre nagyobb nehézséget okoz a társadalom számára, az egyre szélesedő korfa és a megnövekedett földrajzi mobilitás miatt. A nyugdíjas korú lakosság önálló életvitelére sokféle módon támogatható az informatika által nyújtott eszközök segítségével, így például robotok

segítségével is. Az idős korosztály azonban idegenkedik a legtöbb korszerű technológiára épülő eszköztől. Ez az elutasítás azonban az általunk vizsgált robotizált ápolás eszközeivel – robotokkal – kapcsolatban, ahogy azt az eredményeink is mutatják elsősorban az ismeretlentől való félelmen, az újdonságtól való tartózkodásban gyökerezik. Megfelelő oktatással, bemutatóval az ellenérzések viszonylag könnyen átfordíthatók elfogadásba, érdeklődésbe. Az is látható volt a vizsgálatunkból, hogy ezt az oktatást – és általában minden idősgondozásban használható magas technológiai szintet képviselő eszköz oktatás-

sát – érdemes minél korábban, akár még a tényleges nyugdíjas éveket megelőzően megtenni. Láthatóan abban a korban és élethelyzetben amikor még nincs szükségük az idős vagy inkább idősödő korosztály tagjainak ilyen jellegű segítségre, már akkor is könnyen lerakható az érdeklődés, elfogadás alapjai és később, amikor ténylegesen szükségessé válik valamilyen informatikai megoldás használata az önállóbb életvitel számára, a már korábban megszerzett alapokra könnyebben lehet építkezni és a hétköznapi élet viteléhez szükséges, az eszközökkel szembeni bizalmi szintet kialakítani.

Irodalomjegyzék

1. Beam (2020). Hozzáférhető: 2020-08-15, <https://suitable-tech.com/products/beam>
2. Bedaf, S., Marti, P., Witte L. (2017). What are the preferred characteristics of a service robot for the elderly? A multi-country focus group study with older adults and caregivers. *Assistive Technology*. 31. DOI:10.1080/10400435.2017.1402390.
3. Frennert, S., Östlund, B. (2013). What Older People Expect of Robots: A Mixed Methods Approach. *Soc. Rob.* LNCS. 8239. 10.1007/978-3-319-02675-6_3.
4. Pepper the humanoid and programmable robot. (2020). Hozzáférhető: 2020-08-15, <https://www.softbankrobotics.com/emea/en/pepper>
5. Rose-Marie, J., Christine, G. (2020). Significant challenges when introducing care robots in Swedish elder care, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, DOI: 10.1080/17483107.2020.1773549
6. Sebők, M., (2014). Munkaerő-piaci mobilitás Magyarországon, avagy a térbeli mobilitás napjainkban, Pécs: PhD értekezés
7. Shabbir, S., Shwetambara, M., Aldilas, A. N., Mishika, S., et al. (2019). Virtual reality among the elderly: a usefulness and acceptance study from Taiwan, *BMC Geriatrics* volume 19, Article number: 223, DOI:10.1186/s12877-019-1218-8
8. Tóth, A., S. Gubik, A. (szerk.), (2016). Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re, Budapest: Arisztotelész kiadó
9. Wu, Y. H., Fassert, C., Rigaud, A. S. (2012). Designing robots for the elderly: appearance issue and beyond. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 121-126.
10. Zsiga, K., Edelmayer, G., Rumeau, P., Péter, O., Toth A., Fazekas G. (2013). Home care robot for socially supporting the elderly: Focus group studies in three European countries to screen user attitudes and requirements. *International journal of rehabilitation research*. 36. 375-8. DOI: 10.1097/MRR.0b013e3283643d26.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Prospektív életminőség vizsgálat csípőízületi endoprotézis beültetése után

SOMLYAI Gyöngyi, Dr. SKALICZKI Gábor, Dr. ANTAL Imre,
Dr. PERLAKY Tamás, PIROSKA Nikolett, Dr. SALLAI Imre

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A csípőízületi endoprotézis beültetésén átesett betegek korai postoperatív életminőség változásának a vizsgálata.

Anyag és módszer: prospektív, kérdőíves vizsgálatot végeztünk a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika fekvőbeteg osztályán 2018 május - 2019 január között. A vizsgálatba degeneratív, primer coxarthrosisban szenvedő, elektív műtétre előjegyzett harminc (n=30) beteget vontunk be, átlag életkoruk 72 év, 36% férfi (11 fő) és 63% (19 fő) nő.

Eredmények: A betegek 50%-a súlyos, 50%-a közepes erősségű fájdalmat jelzett a műtét előtt. Három hónappal a műtét után a fájdalmak szignifikánsan ($p<0,000$) csökkentek. A betegek 70%-ának súlyos járási problémája volt műtét előtt, a műtét után három hónappal már csak 30%-nál volt enyhe fokú járási nehezítettség. A műtét előtti fájdalomcsillapító szedés is szignifikánsan ($p=0,004$) csökkent. A járásához segédeszközt használók száma megfelelő volt.

Következtetések: A betegek jelentős életminőség javulást tapasztaltak csípőprotézis beültetése után, mely a beteg számára megterhelő, kockázattal járó beavatkozás, de a várható nyereség jelentős.

Kulcsszavak: teljes csípőízületi felszínprotézis, életminőség, műtét utáni ápolás, műtét utáni felépülés

Prospective life-quality study after total hip replacement

Gyöngyi SOMLYAI, Dr. Gábor SKALICZKI, Dr. Imre ANTAL, Dr. Tamás PERLAKY, Nikolett PIROSKA, Dr. Imre SALLAI

SUMMARY

The aim of the study: The aim was a scientific investigation of health-related quality-of-life outcomes of patients after total hip arthroplasty.

Material and method: We performed cohort, prospective, descriptive examination using the form of a questionnaire at the Orthopedic Clinic of the Semmelweis University in-patient department between May 2018 and January 2019. The investigation involved patients suffering from degenerative primary coxarthrosis scheduled for elective surgery. The study included thirty (n=30) patients with the average age of seventy-two. The gender distribution was the following: male 36% (11 persons) female 63% (19 persons).

Results: Before the operation 50% of the patients reported severe pain, while the other half described only a mild pain. Three months after surgery the pain decreased significantly ($p<0,000$). 70% of the investigated population reported severe preoperative gait difficulties, whereas only 30% had only mild walking difficulties after 3 weeks. Preoperative analgesic use was also significantly reduced ($p=0,004$). 40% of the patients used assistive devices for walking. This number reduced to 20% by the end of the research period.

Conclusions: Considering the investigated dimensions the patients experienced significant improvement in their quality-of-life in the early postoperative period. Total hip arthroplasty is highly demanding for the patient and has an operational risk, but the expected benefit is substantial.

Keywords: total hip arthroplasty, quality of life, postoperative care, postoperative recovery

SOMLYAI Gyöngyi Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és betegellátás szak

DR. SKALICZKI Gábor Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika

DR. ANTAL Imre Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika

DR. PERLAKY Tamás Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika

PIROSKA Nikolett Semmelweis Egyetem I. számú Sebészeti Klinika

DR. SALLAI Imre Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika

Levelező szerző

(correspondent):

SOMLYAI Gyöngyi,

E-mail:

somlyai.gyongyi@gmail.com

Beérkezett: 2020. április 21.

Elfogadva: 2020. november 30.

Bevezetés

A társadalom öregedésével és az átlag életkor növekedésével egyre többször jelentkeznek primer csípő-, térd-, váll ízületi arthrotikus folyamatok, melyek folyamatos, krónikus fájdalmat okoznak

és akár mindennapos fájdalomcsillapító szedésére kényszerítik a beteget. Az arthrotikus elváltozások a leggyakoribb okozói az időskorúak mozgásképesség csökkenésének, rokkantságának (Abyad & Boyer, 1992). Ez gazdaságilag jelentős terhet ró mind az egyénre, mind a családra és a társadalomra.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) adatai alapján az osteoarthritis a fejlett világban a tíz leggyakoribb fogyatékosági állapot közé tartozik (Strickland et al., 2018). A nehéz fizikai munka, az urbanizáció, a mozgásszegény életmód mind hozzájárul a mozgásszervi betegségek számának növekedéséhez az egész világon (Lievense et al., 2001). Ezek a betegségek gyakran vezetnek a munkaképesség megváltozásához, rokkantsághoz, az életminőség romlásához. Gyakorik az olyan esetek, amikor a beteg általános állapota alapján, belgyógyászati státuszát figyelembe véve hosszú ideig hasznos tagja lehetne a társadalomnak, azonban az arthrosis okozta fájdalom miatt akár külső segítségre, ápolásra is szorulhat. A hosszútávú fájdalomcsillapító szedés egyéb gastrointestinalális problémákat is okozhat, valamint az állandó ápolás vagy segítség nyújtás a családtagokra anyagi, illetve személyi terhet is helyezhet (Yang et al., 2017). Napjainkban egyre nagyobb az igény az idős betegek körében is a teljeskörű életminőség visszaszerzésére. Erre ad lehetőséget a súlyos arthrosisban szenvedő betegeknek a teljes ízületi pótlás, mely közül jelentős szerepe van a teljes csípő-ízületi felszínpótlásnak. A sikeres műtét helyreállítja a beteg mozgásfunkcióját és megszünteti a fájdalmát (Ramirez et al., 2017). A jelenleg alkalmazott posztoperatív vizsgálatok során csupán az ortopéd sebészek által kidolgozott különböző objektív módszereket, pontrendszerket alkalmaznak, napjainkban azonban megnőtt az igény, hogy megismerjük a beteg szubjektív érzeteit is (Brokelman et al., 2003). A pontos, egységes kiértékeléshez még sok terület vár tisztázásra, de az mostanára már bizonyított, hogy a teljes endoprotézis műtétek (TEP) javítják a különböző egészségfüggő életminőségi mutatókat, HRQoL, (Health Related Quality of Life) (Király, 2013), (Shan et al., 2014). A csípőprotézis beültetése elektív, életminőség javító beavatkozás, melynél fontos tudnunk, hogy a műtéti rizikó és a várható életminőség javulás hogyan aránylik egymáshoz.

Vizsgálatunk célja a korai életminőség változás megfigyelése csípőízületi endoprotézis beültetése után. Szeretnénk megtudni, hogy a műtét után milyen ütemben javul az életminőség, kíváncsiak vagyunk a fájdalomcsillapító igény csökkenésére, valamint az önellátás javulásának mértékére. Felmértük a műtét előtti állapotot, majd a műtét utáni hat hetes és három hónapos korai életminőség változást. Kíváncsiak voltunk, hogy a műtét előtti fájdalom, mozgáskorlátozottság és beszűkült élettér milyen mértékben változik a műtétet követően. Vizsgáltuk, hogy a csípőízületi endoprotézis beültetése után, hogyan változik a beteg szubjektív általános jólléte, valamint milyen mértékben javul a műtéten átesett betegek önellátási képessége.

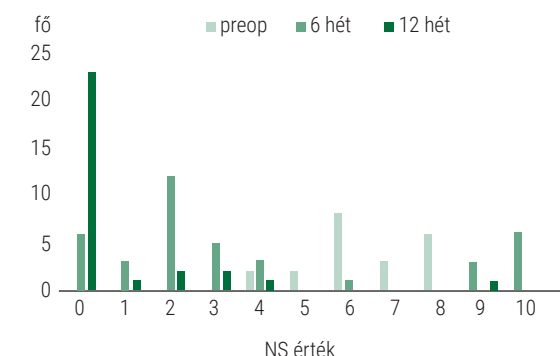
Anyag és módszer

A kohort, prospektív, leíró jellegű, információ-gyűjtés formáját tekintve kérdőíves vizsgálat a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika fekvőbeteg osztályán 2018.05.29. és 2019.01.10. között primer coxarthrosis miatt protetizált 30 betegre terjedt ki. A vizsgálatba kizárólag degeneratív, primer coxarthrosisban szenvedő, elektív, primer csípőprotézis beültetésre előjegyzett beteget vontunk be. Kizárási kritériumok között szerepelt többek között a secunder arthrosis pl.: dysplasia talaján kifejlődött arthrosis vagy csípőtáji törés következtében kialakult combfej elhalás. A kérdőívet kitöltött betegek átlag életkora 72 év, a legfiatalabb beteg 55, míg a legidősebb 86 éves. A vizsgálatban 11 férfi és 19 nő vett részt, a nemenkénti megoszlás 36% férfi és 63% nő volt. Vizsgálatunkban a betegek többsége, 60%-a (18 beteg) szellemi foglalkozású volt. A 18 páciens nem szerinti megoszlása női túlsúlyt mutatott, nő:férfi=14:4 Fizikai munkát a betegek 26%-a végzett, összesen 8 páciens. Itt a nem szerinti megoszlás 5 férfit és 3 nőt mutatott. Szellemi/Fizikai (a munkavégzése során hangsúlyosabb szellemi tevékenység) foglalkozású összesen 3 beteg volt (10%) és 1 beteg jelölte, 1 férfi (3%), hogy Fizikai/Szellemi (a munkavégzése során hangsúlyosabb a fizikai tevékenység) munkát végzett aktív korában. Tehát az általunk tanulmányozott betegcsoport foglalkozás szerinti megoszlását vizsgálva a betegek túlnyomóan szellemi munkát végzők voltak.

Minden beteggel életminőséget felmérő kérdőívet töltöttünk ki a csípőízületi endoprotézis beültető műtétjét megelőző napon, majd a műtétet követő 6 hetes és 3 hónapos kontroll alkalmával. Az életminőség felméréshez kombinált, saját szerkesztésű kérdőívet használtunk, amit a vizsgálni kívánt szempontjaink szerint állítottunk össze. A kérdőív tartalmazza a saját kérdéseinken kívül, az EuroQol 5 dimenziós egészségi állapot kérdőívet (EQ-D5), a Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Indexet (WOMAC), és egy Numerikus Skálát (NS). A műtét előtti és műtét utáni fájdalmak változását Numerikus Skálán rögzítettük. A Numerikus Skála értékeit csoportokba rendeztük: 0 - nincs fájdalom, 1-3 enyhe fájdalom, 4-7 közepes fájdalom és 8-10 súlyos fájdalom

Továbbá vizsgáltuk, hogy a beteg részesült-e a műtétet megelőzően valamilyen fajta konzervatív kezelésben, (gyógyszeres terápia szájon át, infúziós terápia, fizikoterápia, gyógytorna, elektromos kezelés) használt-e mozgási segédeszközt (járóbot, 1db mankó, 2db mankó, járókeret) valamint, hogy milyen fájdalomcsillapítót szedett.

1. ábra: A fájdalom értékek változása Numerikus Skála értékeit ábrázolva



0	0	6	23	Nincs
1	0	3	1	Enyhe
2	0	12	2	Enyhe
3	0	5	2	Enyhe
4	2	3	1	Közepes
5	2	0	0	Közepes
6	8	1	0	Közepes
7	3	0	0	Közepes
8	6	0	0	Közepes
8	6	0	0	Súlyos
9	3	0	1	Súlyos
10	6	0	0	Súlyos

A betegek által kitöltött kérdőívek adatait Microsoft Excel táblázatkezelőben rendszereztük, a statisztikai elemzést (Fisher's egzakt teszt, McNemar-próba, Wilcoxon-teszt) Statistica szoftverrel végeztük.

Eredmények

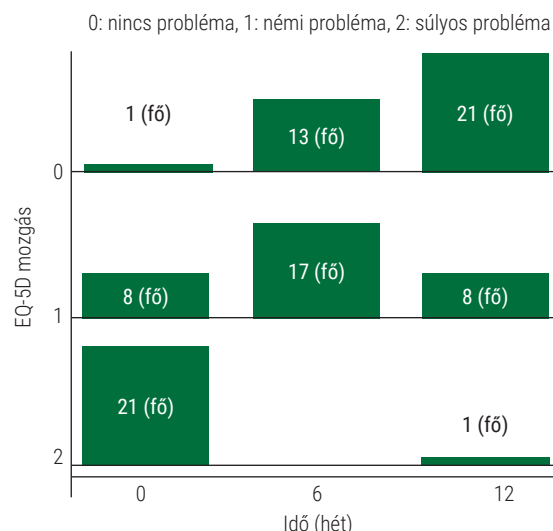
A preoperatív Numerikus Skála értékek csoportosítása után 0-nincs, 1-3 enyhe, 4-7 közepes, 8-9 súlyos fájdalom, látható, hogy a műtét előtt a betegek 50%-a közepes, 50%-a súlyos fájdalomról számolt be. 12 héttel a műtét után a betegek 93%-nak nem, vagy enyhe fájdalmai voltak (**1. ábra**). A fájdalom értékek a műtét után 12 héttel teljesen megfordultak (**1. ábra**). A preoperatív időszakban egy beteg sem volt fájdalom mentes. A hatodik héten már tapasztalható volt a javulás a fájdalom tekintetében. Egy megkérdezettnek sem volt súlyos fájdalma, a betegek 13%-a (4 fő) közepes erősségű fájdalmat jelzett, 66% (20 fő) enyhe fájdalomról panaszkodott és a betegek 20%-nak (6 fő) teljesen megszűntek a fájdalmai. A 12. héten még nagyobb javulást tapasztaltunk,

a betegek 76%-a (23 fő) mondta, hogy egyáltalán nincs fájdalma, 3%-a (1 fő) jelzett közepes erősségű fájdalmat, 16%-a (5 fő) jelölt enyhe fájdalmat és egy megkérdezettnek sem volt súlyos fájdalma, egy nőbeteg kivételével, aki 9-es fájdalmat jelzett a 12. héten. Az Ő pontszámát nem tartjuk pontosnak, mivel ugyanazon az oldalon a térd ízületében is nagy fokú arthrotikus elváltozása van mely jelentősen befolyásolta a beteg fájdalomérzetét. Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy az általunk vizsgált 30 betegnél szignifikáns fájdalom csökkenés következett be a műtét utáni hatodik héten a preoperatív állapothoz képest. A 12. héten pedig a fájdalom még tovább csökkent a vizsgált betegcsoportban. Friedman-tesztrel és Wilcoxon előjeles rangpróbát elvégezve a preoperatív fájdalom értékhez viszonyítva a hat hetes értékek szignifikáns ($p < 0,0001$) csökkenést mutatnak, továbbá a hat hetes értékeket a tizenkét hetes értékekhez viszonyítva további szignifikáns ($p < 0,000$) csökkenést tapasztalunk.

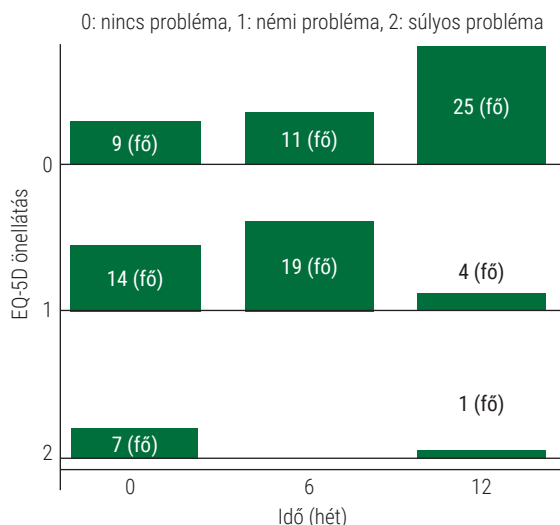
Az EQ-5D négy dimenzióját külön-külön vizsgáltuk, az ötödik dimenziót, a szorongást kihagytuk a feldolgozásból, annak ellenére, hogy a betegek válaszoltak erre a kérdésre is, mivel az ötödik dimenzió mérése nem szerepelt a céljaink között.

Elsőként a mozgás dimenzióját vizsgáltuk a szerint, hogy milyen nehézsége volt a betegeknek a mozgással, 0-nincs problémája, 1-némi problémája van, súlyos problémája van (**2. ábra**). A preoperatív időszakban összesen a betegek 70%-a (21 fő) jelezte, hogy „Súlyos problémája van a járással” a műtét után hat héttel egy beteg sem érezte úgy, hogy súlyos problémája lenne a járással. Már csak a „Némi problémám van a járással” és a „Nincs problémám a járással” válaszokat jelölték meg. Az előbbi a betegek

2. ábra: A mozgásképesség megítélése EQ-5D kérdőív segítségével



3. ábra: Az önellátás képességének vizsgálata EQ-5D kérdőív segítségével

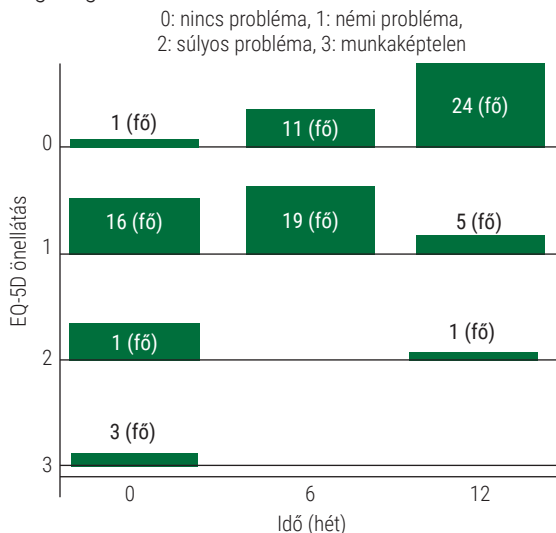


56%-a (17 fő) az utóbbit pedig 13 fő, azaz a betegek 43%-a jelezte. A 12. héten a kérdezettek 70%-nak (21 fő) nem volt problémája a járással.

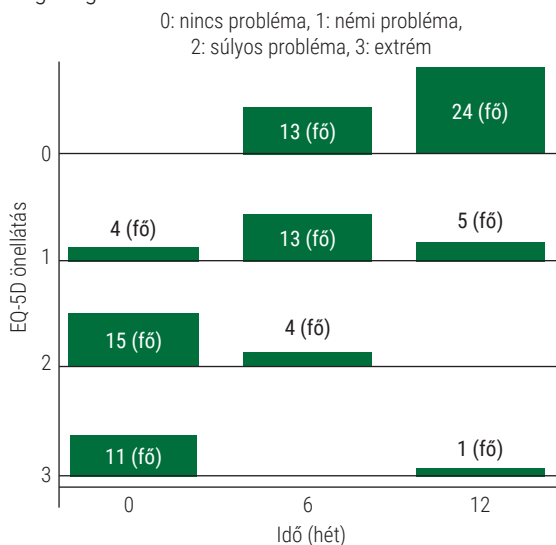
A második vizsgált dimenzió az önellátás, ebben az esetben is három válaszlehetőséget adtunk meg, 0-nincs probléma az önellátással, 1-némi probléma van az önellátással, 2-súlyos probléma van az önellátással (**3. ábra**). Ebben az esetben a preoperatív időszakban csak 9 főnek, a betegek 30%-nak nem volt problémája az önellátással, a válaszadók 47%-ának (14 fő) némi problémája volt, 23% (7 fő), pedig súlyos problémát jelzett. A műtét után hat héttel már a betegek 36% (11 fő) válaszolta, hogy semmilyen nehézséget nem okoz számára az önellátás, a 12. héten pedig a megkérdezettek 86%-ának (25 fő) nem okozott gondot önmege ellátása. Fisher's egzakt tesztet végezve kijelenthető, hogy a betegek önellátási képessége a műtét után szignifikánsan ($p < 0,0001$) javult.

A munka dimenziójának vizsgálatakor, arra voltunk kíváncsiak, hogy a napi, szokványos tevékenységek elvégzése, mint munka, tanulás, házimunka, családi-vagy szabadidős tevékenységek, milyen szintű problémát okoznak az arthrosisban szenvedő betegek számára, 0-nincs probléma, 1-némi probléma, 2-súlyos probléma, 3-munkaképtelen (**4. ábra**). A preoperatív időszakban összesen 1 betegnek nem volt gondja a szokásos tevékenységek elvégzésével, hat héttel a műtét után ezt a betegek 36%-a jelezte, a 12. héten pedig a betegek 80%-a (24 fő) válaszolta azt, hogy nem okoz számára gondot a szokásos tevékenységek elvégzése. Három beteg volt képtelen elvégezni a napi rutinját a preoperatív időszakban, ez a válaszadók 10%-a, a 6. és 12. héten senki nem jelölte ezt a választ.

4. ábra: A munka dimenziója EQ-5D kérdőív segítségével

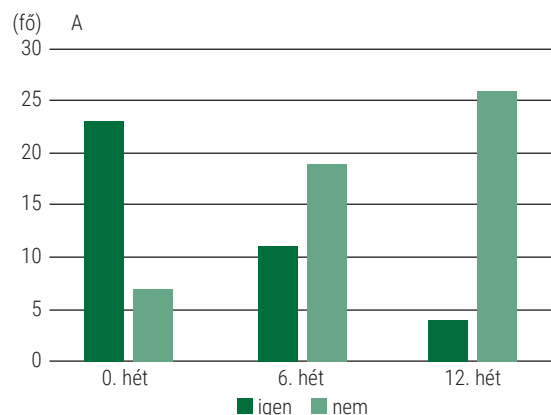


5. ábra: A munka dimenziója EQ-5D kérdőív segítségével



Megvizsgáltuk a fájdalom/rossz közérzet mutatókat is, 0-nincs probléma, 1-némi probléma, 2-súlyos probléma, 3-extrém probléma (**5. ábra**). Itt az eredmények teljes mértékben összegeznek a Numerikus Skála esetében kapott eredményekkel. A betegek fájdalom/rossz közérzete az idő előrehaladtával jelentős mértékben csökkent. A preoperatív időszakban az összes megkérdezett beteg jelzett valamilyen szintű fájdalmat, mely a közérzetét negatívan befolyásolta. Tizenegy beteg (36%) a legsúlyosabb, hármas fokozatú (extrém) fájdalmat érzett, a válaszadók 50%-a (15 fő) kettes szintű és csak 4 megkérdezett, 13% mondta azt, hogy egyes szintű a fájdalom erőssége. Ezzel szemben a 6. héten már a betegek a 43%-ának (13 fő)

6. ábra: Fájdalomcsillapító igény változása az idő függvényében.



nem volt fájdalma, a 12. héten pedig 80% (24 fő) jelzett teljes fájdalom mentességet.

Megvizsgáltuk a betegek fájdalomcsillapító igényét is a három időpontban (**6. ábra**). Azt tapasztaltuk, hogy megfelelően a fájdalom csökkenésének, a megkérdezettek fájdalomcsillapító igénye is szignifikánsan csökkent. A betegek nagy többsége nem szteroid gyulladáscsökkentőket (Cataflam, Xilox, Diclac) szedett a preoperatív időszakban, csak két beteg használt ópioid típusú fájdalomcsillapítót (Contramal, Ralgen). A preoperatív időszakban (**6. ábra**) összesen 23 beteg (76%) szedett fájdalomcsillapítót és csak 7 betegnek (23%) nem volt szüksége rendszeres fájdalomcsillapításra. A hat hetes kontroll alkalmával már csak (**6. ábra**) 11 beteg (36%) szedett fájdalomcsillapítót és 19 betegnek (63%) nem volt szüksége rá. Az idő előrehaladtával tovább csökkent a fájdalomcsillapítót szedő betegek száma. A 12 hetes kérdőíven (**6. ábra**) már 26 beteg (86%) jelezte, hogy nem szed fájdalomcsillapítót és csupán 4 betegnek (13%) volt még szüksége rendszeres fájdalomcsillapításra. Ha a preoperatív és 6 hetes, valamint a preoperatív és 12 hetes időpontok fájdalomcsillapító igényét McNemar-tesztel összevetjük, a preoperatív- és 6 hetes időpontokra vonatkozó $p=0,004$, a preoperatív- és 12 hetes időpontokra: $p<0,000$, vagyis az eredmények azt mutatják, hogy 5%-os szignifikancia szint mellett a fájdalomcsillapító igény változik az idővel.

A kérdőívünkben felmértük a segédeszköz használat változását is. A 6 hetes kontrollon a segédeszközhasználat felmérése még nem informatív, mivel a rehabilitációs protokoll szerint ekkor még ajánlott a segédeszközzel támogatott járás. A preoperatív időszakban a betegek 40%-a (12 fő) használt segédeszközt a járáshoz, 60%-nak (18 fő) pedig nem volt szüksége eszközre. A 12 hetes időpontban adott válaszokból azt láttuk, hogy a betegek 20%-a (6 fő) használt továbbra is segédeszközt a járáshoz.

Fájdalomcsillapító preoperatív	Fájdalomcsillapító 6. héten		
	igen (fő)	Nem (fő)	Összesen (fő)
Igen (fő)	8	15	23
Nem (fő)	3	4	7
Összesen (fő)	11	19	30
Fájdalomcsillapító preoperatív	Fájdalomcsillapító 12. héten		
	igen (fő)	Nem (fő)	Összesen (fő)
Igen (fő)	3	20	23
Nem (fő)	1	6	7
Összesen (fő)	4	26	30

Láthatjuk, hogy a segédeszközhasználat csökkent a preoperatív és a 12 hetes állapot között, de viszonylag kicsi a különbség a mintában. Fisher's egzakt tesztet elvégezve az eszközhasználatra: az eredmény ($p=0.191$) azt mutatja, hogy nem vethetjük el azt a feltételezést, miszerint az eszközhasználat nem változik a preoperatív és 12 hetes állapot között, azonban viszonylag kicsi a különbség a mintánkban.

Megbeszélés

Munkánk során arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a teljes csípőízületi endoprotézis beültető műtét után a betegeknek milyen ütemben javul az életminősége, milyen mértékben változik a fájdalomuk, kíváncsiak voltunk a fájdalomcsillapító igény változására, valamint az önellátás javulásának a mértékére. A vizsgálatban résztvevő betegek válaszai alapján megállapíthatjuk, hogy az általunk vizsgált összes dimenzióban javulás következett be a korai postoperatív szakban. A betegek fájdalma csökkent, a mozgásfunkciójuk javult, aminek következtében kitágult, az addig beszűkült életterük, könnyebben el tudták látni a napi, rutinfadataikat. A mozgásfunkció javulásának köszönhetően a betegek egy része már nem használt járást segítő eszközt a beavatkozást követő 12. héten. Fájdalomcsillapító igényük a fájdalom enyhülésének következtében jelentősen lecsökkent. Az önellátási képességük is javult, már nem voltak teljes mértékben kiszolgáltatva a környezetüknek.

Laupacis és munkatársai 188 primer elektív csípőprotetizált beteget követtek után a beültetést követő legalább három hónapig (Laupacis et al., 1993). Az egészség alapú életminőséget az általunk is alkalmazott kérdőívek és pontrendszerek felhasználásával értékelték. Az általuk vizsgált minden dimenzióban szignifikáns ($p<0.01$) javulást tapasztaltak már a műtétet követő három hónapos korban. A három hó-

naposan mért hat perces gyaloglási teszt eredménye is szignifikánsan ($p < 0.01$) javult. Vizsgálatunkban kapott eredmények szorosan korrelálnak Laupacis és munkatársai eredményeivel, mi szerint a műtét után három hónappal mind a fájdalom, mozgékonyság, önellátás és fájdalomcsillapító igény is szignifikánsan csökkent.

Meftah és munkatársai 175 vegyes indikáció miatt (primer csípőízületi arthrosis, valamint gyulladásos csípőízületi betegség) operált csípőprotetizált beteget követtek után (Meftah, Belhaj, Zahi, Mahir, & El Fatimi, 2016). A vizsgált alanyok összetétele 43,57% primer csípőízületi arthrosis, 56,42% gyulladásos csípőízületi beteg volt. A teljes beteglétszám műtét előtti Numerikus Skála átlag értéke 8,5 volt, mely a műtétet követően 3,5-re csökkent. Saját betegeink esetében, akik indikáció szempontjából teljesen homogénnek mondhatóak, a műtét előtti 7,4-es Numerikus Skála érték átlagosan 0,7-re csökkent. A mi általunk vizsgált betegeken tapasztalt eredmé-

nyek ebből a szempontból is megfelelnek a nemzetközi irodalomban közölt szignifikáns javulásnak.

Ezeknek a pozitív változásoknak köszönhetően teljesebb, minőségibb életet élhetnek a műtéten átesett betegek. Napjainkban nagy számmal végeznek teljes csípőízületi endoprotézis beültető műtéteket, aminek a célja, hogy az arthrosisban szenvedő betegek fájdalmát csökkentse és az életminőségüket nagy mértékben javítsa. Ez az operáció még mindig a nagy megterhelő beavatkozások közé sorolható, de mint korábban említettük, ennek ellenére is némely tanulmány a „század műtétének” nevezi (Barry, Masonis, & Mason, 2018). A mi eredményeink szerint sem alaptalanul, a betegeinknél jelentős mértékű javulást tapasztaltunk. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy egyértelmű a nyereség a műtėti kockázat ellenében. A betegek egészségérzete javul és mozgásszervileg gyógyulnak érzik magukat. A szövődmény nélkül gyógyuló páciensek fájdalommentes, önálló, aktív, teljes életet élhetnek a műtėti beavatkozás után.

Irodalomjegyzék

1. Abyad, A., & Boyer, J. T. (1992). Arthritis and aging. *Current opinion in Rheumatology*, 4(2), 153-159.
2. Barry, J. J., Masonis, J. L., & Mason, J. B. (2018). Recovery and outcomes of direct anterior approach total hip arthroplasty. *Annals of joint*, 3(6), 1-8.
3. Brokelman, R., Van Loon, C., & Rijnberg, W. (2003). Patient versus surgeon satisfaction after total hip arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume*, 85(4), 495-498.
4. Király, E. (2013). *Csípőízületi endoprotézis beültetés utáni társbetegségek és a mozgásfunkciók változásának hatása a hosszú távú életminőség alakulására* (Doktori értekezés), Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola
5. Laupacis, A., Bourne, R., Rorabeck, C., Feeny, D., Wong, C., Tugwell, P., ... Bullas, R. (1993). The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. *JBJS*, 75(11), 1619-1626.
6. Lievense, A., Bierma-Zeinstra, S., Verhagen, A., Verhaar, J., & Koes, B. (2001). Influence of work on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *The Journal of rheumatology*, 28(11), 2520-2528.
7. Meftah, S., Belhaj, K., Zahi, S., Mahir, L., & El Fatimi, A. (2016). Comparison of functional outcomes and quality of life after THA according to indication about 210 THA. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 59, e111.
8. Ramirez, J., Goodman, A., Shah, K., & Jenkins, D. (2017). Functional improvement and pain relief after total joint arthroplasty. *Orthopaedic Proceedings*, 99_B(5). doi:10.1302
9. Shan, L., Shan, B., Graham, D., & Saxena, A. (2014). Total hip replacement: a systematic review and meta-analysis on mid-term quality of life. *Osteoarthritis and cartilage*, 22(3). doi: 10.1016/j.joca.2013.12.006
10. Strickland, L. H., Kelly, L., Hamilton, T. W., Murray, D. W., Pandit, H. G., & Jenkinson, C. (2018). Early recovery following lower limb arthroplasty: Qualitative interviews with patients undergoing elective hip and knee replacement surgery. Initial phase in the development of a patient-reported outcome measure. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2598-2608. doi: 10.1111/jocn.14086. Epub 2017 Dec 4
11. Yang, J. H., Lee, K., Jung, S. Y., Bae, W. K., Ju, H. J., Cho, I. Y., & Bae, Y. S. (2017). Osteoarthritis Affects Health-Related Quality of Life in Korean Adults with Chronic Diseases: The Korea National Health and Nutritional Examination Surveys 2009-2013. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(6), 358-364. doi:10.4082/kjfm.2017.38.6.358.

ÁPOLÁSVEZETÉS

A krónikus fekvőbeteg szakellátás helyzetelemzése országos, megyei és intézményi adatok alapján

SCHLEIERNÉ RÓNASZÉKI Julianna, LÓTH Erika, GAZSÓ Tibor, KÍVES Zsuzsanna, Dr. ENDREI Dóra

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A célkitűzés a krónikus ellátás elemzése volt országos, megyei és intézményi szinten 2003-2017 év között.

Anyag és módszer: A kutatás során a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai kerültek feldolgozásra országos, megyei és a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ szintjén. Kvantitatív, leíró jellegű, retrospektív kutatást végeztek.

Eredmények: A kórházi ágyak száma jelentősen átalakult 2003-2017 évek között hazai szinten, regionális, megyei megoszlásban nagy eltérések vannak. A krónikus kórházi ágyszám változása az országos adatokat vizsgálva jelentős eltérést mutat. 2003-ban 19474 darab krónikus ágy, míg 2016 évben 27194 darab krónikus ágy volt. Összességében 39,5 százalékban növekedett az ágyszám a vizsgált időszakban. Az átlagos ápolási napok száma jelentős mértékben megnövekedett, ez jól tükrözi a hosszú ápolási idejű betegek növekvő arányát az ellátó rendszerben.

Következtetés: Fontos az idősödő társadalmi igények előtérbe helyezése, az ellátórendszernek alkalmazkodnia kell az igényekhez, egészségpolitikai változások szükségesek. Az ápolási napok számának jelentős mértékű növekedése szükségessé teszi, hogy a hosszú ápolási idejű betegek elhelyezése meg tudjon valósulni.

Kulcsszavak: krónikus ellátás, ápolás, ágyszám, ágykihasználtság

The analyses of chronic inpatient care by national, county and institutional level data

Julianna SCHLEIERNÉ RÓNASZÉKI, Erika LÓTH, Tibor GAZSÓ, Zsuzsanna KÍVES, Dr. Dóra ENDREI

SUMMARY

The aim of the study: The aim was to examine the chronic health care in the period 2003-2017.

Material and method: During the research the authors processed the data of the National Health Insurance Fund Management (NEAK) at the national, county and Pécs University Clinical Center level. They performed quantitative, descriptive, retrospective research. For the whole period and target group in question.

Results: The number of hospital beds changed significantly between 2003 and 2017, and there are major differences in regional distribution. In 2003, there were 19,474 chronic bed in Hungary, while in 2016 the number of hospital beds was 27,194. We found 39.5 % increase of hospital beds in this period. The average number of nursing days has significantly increased, reflecting the increasing proportion of long-term care patients in the care system.

Conclusions: The care system must adapt to changes in health policy. It is important to prioritize the needs of an aging society. The significant increase in the number of nursing days necessitates the placement of long-term care patients.

Keywords: chronic care, nursing, number of beds, bed occupancy

SCHLEIERNÉ RÓNASZÉKI

Julianna Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I.sz Belgyógyászati Klinika

LÓTH Erika Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Ápolásszakmai Igazgatóság

GAZSÓ Tibor Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet

KÍVES Zsuzsanna Pécsi Tudományegyetem Egészségbiztosítási Intézet

PTE ETK Egészség-gazdaságtani és egészségügyi menedzsment Kiválósági Központ

DR. ENDREI Dóra Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet PTE ETK Egészség-gazdaságtani és egészségügyi menedzsment Kiválósági Központ

Levelező szerző

(correspondent):

SCHLEIERNÉ RÓNASZÉKI

Julianna, E-mail:

schleierne.julianna@pte.hu

Beérkezett: 2020. január 9.

Elfogadva: 2020. szeptember 20.

Bevezetés

A fekvőbeteg ellátásban, azon belül a geriátriai ellátásban egyre nagyobb kihívást jelent az idős betegek hosszú távú ellátásának a kérdése. Napjainkban az egészségügy egyik legnagyobb kihívása hazai és

nemzetközi viszonylatban egy olyan egészségügyi ellátórendszer kialakítása, amely képes biztonságos és költséghatékony módon megfelelni a betegek szükségletei által támasztott elvárásoknak. Az egészségügyi ellátórendszer legnagyobb részét a kórházi ellátórendszer alkotja, ezért kiemelt figyelmet kell

fordítanunk a fekvőbeteg ellátórendszerre, a kórházi ellátórendszer felépítésére (Ágoston, 2013).

Magyarországon, ezen belül Baranya megyében az öregedési index, ami az időskorú népességnek (65–X éves) és a gyermekkorú népességhez (0–14 éves) viszonyított arányát fejezi ki, a 2001-es évben 92,2 volt, míg 2017-re ez az érték már 141,6 mutatott. Az idős népesség eltartottsági rátája, ami az időskorú népességnek (65–X éves) az aktív korú (15–64 éves) népességhez viszonyított arányát fejezi ki. Az indikátor a népesség korösszetételéről nyújt információt, amelynek a társadalmi ellátó rendszerekben van jelentősége. 2001-ben 21,6 százalék volt, 2017-ben ez az érték elérte a 29,3 százalékot, és az előre becslések szerint a század közepéig 48,3 százalékra emelkedik (KSH, 2017).

Az elmúlt évtizedek népesedési folyamatait figyelembe véve a népesség előregedése tapasztalható, mely az idősellátás aktuális kérdéseit előtérbe helyezte, széleskörű igényeket támaszt az egészségügyi és a szociális ellátókkal szemben (Barta & Rajki, 2012; Betlehem et al., 2014; Boncz & Sebestyen, 2006a; Boncz et al., 2014).

Hazánk is a korábban nem tapasztalt demográfiai kihívás előtt áll. Kutatási tevékenységünk az időskorú személyek ellátásával kapcsolatban felmerülő hosszú távú ápolási problémák kivizsgálása.

Vizsgálatunk célja a krónikus fekvőbeteg ellátások elemzése országos, megyei és intézményi szinten 2003–2017 év között.

Anyag és módszer

A kutatás során a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatai kerültek feldolgozásra. Az adatbázisok elemzését a 2003.01.01.–2017.12.31. időszak között végeztük. Megvizsgáltuk az OEP/NEAK szerződéssel -nyilvántartási állományában szereplő, ÁNTSZ működési engedéllyel rendelkező intézmények adatait minden tárgyév december 31-én.

A NEAK adatokat országos, megyei és Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ szintjén elemeztük. Elemzésre került a krónikus ágyak számának változása, és az ágykihasználtság változása.

A krónikus fekvőbeteg ellátás ágyszám adatainak, valamint az ágykihasználtsági adatok összevetésével elemezzük, hogy a jelenleg rendelkezésre álló krónikus fekvőbeteg férőhely kapacitása megfelel-e az egyre növekvő igényeknek.

A NEAK adatbázisából nyert adatokból a krónikus ellátási struktúra alakulását mutatjuk be, országos, megyei, valamint a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tekintetében, összevetve az ágykihasználtsági mutatóval.

A NEAK adatbázisából nyert adatokból megvizsgáljuk a krónikus ellátó rendszerben az átlagos ápolási napok változását, igazolva az átlagos ápolási idő növekedését, ami alátámasztja, hogy egyre nagyobb igény van a krónikus betegellátásra.

A vizsgált csoportba azok kerültek be, akik a fekvőbeteg ellátást igénybe vették, és ez által bekerültek a NEAK adatbázisába. Kvantitatív, leíró jellegű, retrospektív kutatást végeztünk.

A magyar egészségügyi rendszer felépítésének, működésének és finanszírozásának részletes bemutatása a szakirodalomban megtalálható (Ágoston et al., 2009; Boncz et al., 2004; Boncz & Sebestyen, 2006b; Endrei et al., 2010; Endrei et al., 2014; Gulácsi et al., 2009; Nagy et al., 2008).

Eredmények

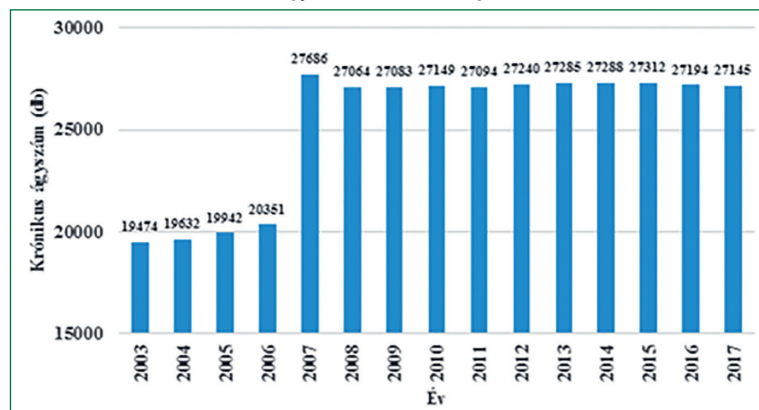
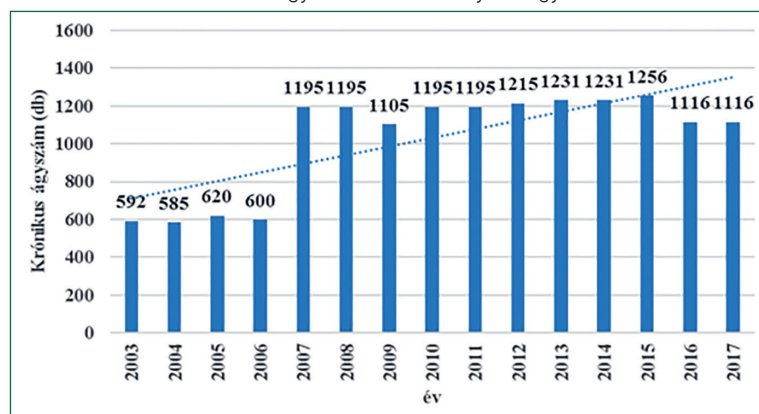
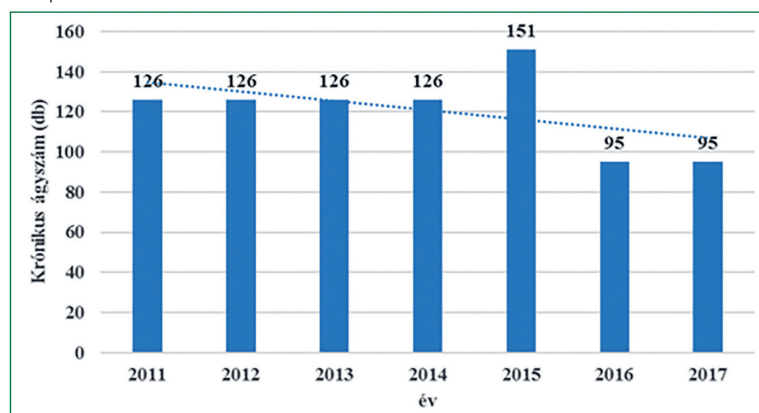
Krónikus ellátás ágyszám adatok

A krónikus fekvőbeteg-szakellátás vonatkozásában fontos, hogy a szabályozás milyen hatást gyakorolt a kórházi ágyszámokra, azok arányának változására a krónikus ágyszám tekintetében. A 2006 évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátó rendszer fejlesztéséről, jelentősen megváltoztatta a krónikus fekvőbeteg ellátási ágyak arányát (Ágoston, 2013).

A krónikus kórházi ágyszám változása az országos adatokat vizsgálva jelentős eltérést mutat. 2003-ban 19474 darab krónikus ágy, míg 2016 évben 27194 darab krónikus ágy volt. Összességében 39,5 százalékban növekedett az ágyszám a vizsgált időszakban. A vizsgálat eredménye csökkenő tendenciát mutat 2013 és 2016 közötti intervallumban. (1. ábra)

Az ágyszám változásában az országos adatokat megvizsgálva a 2003 és 2006 év közötti időszakban a krónikus ágyszám minimális növekedése látható. A 2003–2017 közötti időszakban jelentős az ágyszám változás országos szinten a 2006 évi CXXXII. törvény hatásának következtében. A vizsgált időszakban a 2003–2006 évig fokozatosan minimálisan növekvő tendencia mutatkozik, majd a 2007-es évben a törvényi változások hatására kimagaslóan emelkedő ágyszám változás történt. A 2007-es évtől az ágyszámok változásában minimális ingadozás mellett stagnálás figyelhető meg. Országos ágyszámok tekintetében a 2007–2017 időszakban a krónikus ágyszámok változása stagnálást mutatott.

Megyei szinten Bács-Kiskun, Békés, Zala megyében a krónikus ágyszámok változásában csökkenő tendencia látható. Bács-Kiskun megye tekintetében a 2006 évben a krónikus ágyszám 458-ról 792-re emelkedett, majd 2012-ig 1 százalék ágyszám növekedés volt. 2012–2014 az ágyak száma 823 darab volt. Azonban 2014-től ismételtelen az ágyszám 823-ról 816-ra csökkent.

1. ábra: Krónikus kórházi ágyak száma országosan**2. ábra:** Krónikus kórházi ágyak száma Baranya megyében**3. ábra:** Kórházi ágyak száma összesen Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központban

A vizsgálat csökkenő tendenciát mutat. Békés megyében a krónikus ágyszám változása 2007-ben 710-ről 894-re növekedett, majd a 2007 utáni évben ez az ágyszám stagnált, majd a 2009 évben ismét 5 százalékos ágyszám növekedés volt, az ágyszám 944, ami a következő négy évben ismételt stagnálást mutatott. 2014-től ismét megindult egy fokozatos, lassú ágyszám csökkenés.

Komárom Esztergom megyében a krónikus ágy-

szám változásában a 2003–2017 időszak tekintetében emelkedő tendencia volt kimutatható.

2003 és 2006 év között az ágyszám változás 50 százalék, majd 2006-ban Komárom Esztergom megyében az ágyszám 31-gyel emelkedett. 2007-től az ágyszám stagnál, majd 2012-ben az ágyszám emelkedett 68-al. A 2017 év végéig az ágyszám 839 volt.

A Baranya megyei krónikus kórházi ágyszám változását a **2. ábra** mutatja. A vizsgált idő-intervallumban 2003–2017 között jelentős ágyszám emelkedés volt tapasztalható. Az ágyszám a 2007. évben 600 ágyról 1195 ágyra emelkedett. 2007–2017. év között a krónikus ágyszámok jelentős mértékben nem változtak, de 2015. évben az ágyszám 1256-ról 1116-ra csökkent. A vizsgált időtartamban 2003–2017 között az ágyszámok változása 88 százalékos növekedést mutat.

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ adatai (**3. ábra**) a 2011. évtől állnak rendelkezésre. 2010. évben jelentős változás volt Baranya megyében, megtörtént a Baranya megyei Kórház és a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ integrációja.

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központban a krónikus ágyak száma 2011–2014 között stagnált (126 ágy), majd 2015-ben az ágyszám 151-re emelkedett. Ez az ágyszám növekedés 19 százalékos, majd a 2016 évben a krónikus ágyszám tekintetében a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központban 37 százalékos radikális ágyszám csökkenés látható. A nagymértékű változást a

2015 évben meghozott ágyszám szüneteltetés magyarázza.

Megvizsgáltuk a kapott adatokat országos, megyei, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tekintetében. A kapott adatokból látjuk, hogy országos szinten az ágyszámok a vizsgált időszakban 39,5 százalékos növekedést, megyei szinten összeségében 88 százalékos ágyszám növekedést, míg a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tekinte-

tében a krónikus ágyszámok 37 százalékos csökkenést mutattak a vizsgált időszakban 2003-2017 között.

Ágykihasználtsági adatok

Az ágykihasználtsági adatokat vizsgáltuk 2003-2017 között országos, megyei, valamint a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tekintetében (4. ábra).

Az ágykihasználtság mértékének vizsgálatát Baranya megyében is a NEAK adatbázisából nyert adatokkal végeztük 2003-2017 időintervallumban. (5. ábra) 2003-ban 93 százalékos ágykihasználtság 2007 évre 78,22 százalékra csökkent. 2007, 2008 évben stagnált, 2008 évtől 2012-ig erősen emelkedő tendencia volt, azonban 2012-től fokozatos csökkenő tendencia látható. Baranya megyében a vizsgált időszakban a krónikus ágyak kihasználtságának mértéke csökkenő tendenciát mutatott.

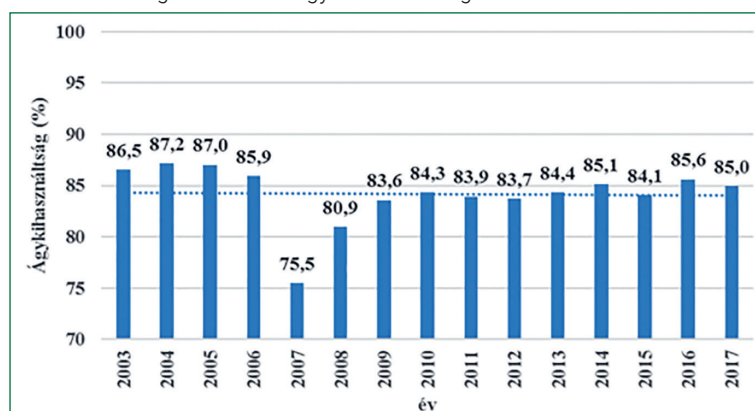
A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában a krónikus ágykihasználtság mértéke 2011 évben 91,65 százalékos volt. Emelkedő tendencia mutatkozik az ágykihasználtsági adatokban 2015 évig, azonban 2016-tól a tendencia csökkenése látható, majd 2017-ben ismételt emelkedés mutatható ki. (6. ábra)

Megbeszélés, következtetés

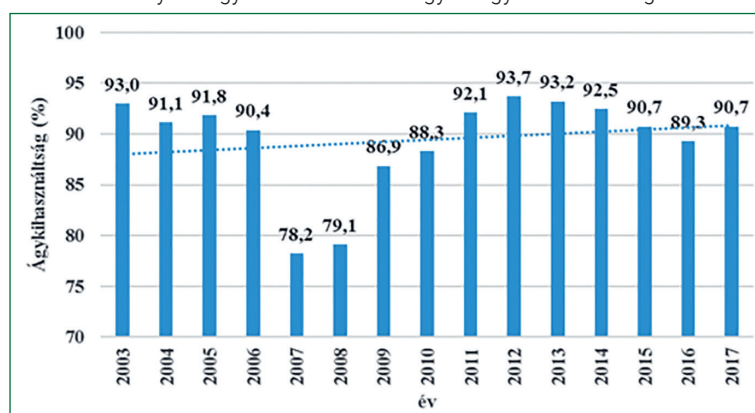
Az összes ágyszámot tekintve nyomon követhető a vizsgált időintervallum során megalkotott azon szabályozások hatása, amelyek az egészségügyet, azon belül is az ellátás struktúráját érintették. A vizsgálatban a krónikus ágyak számszerű változása bemutatásra kerül. Az idősellátásban egyre növekvő az igény, a fekvőbeteg ellátás terén feltérképezett mutatókkal szemléltetjük, hogy a jelenlegi ágyszámok nem elegendőek a felmerülő igény kiszolgálására.

A krónikus ellátás vizsgálatában feltérképezésre kerültek országos, megyei és intézményi szinten a

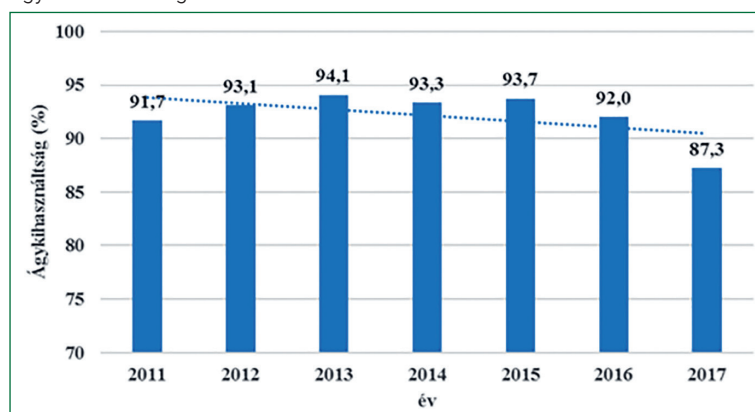
4. ábra: Országos krónikus ágykihasználtsági adatok



5. ábra: Baranya megyében a krónikus ágyak ágykihasználtság %



6. ábra: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ krónikus ágykihasználtság %



krónikus ágyszám változások és az ágykihasználtsági adatok

Az összes krónikus kórházi ágyszám országos szinten 2003-as 19474 darabról 27194-re növekedett. Baranya megyében a krónikus ágyak száma 2003-as 548 darabról 839-re növekedett. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ krónikus ágyszáma 2011-es 126 ágyról 95 ágyra csökkent.

Előzetes egyeztetések után a meglévő infrastruktúra, és humán erőforrás mellett az a döntés született, hogy ágyszám szüneteltetést alkalmaznak. Az ágyszámváltozás egyik oka a krónikus ágyak átadása a Harkányi kórháznak. A kórházi ágyak száma jelentősen átalakult 2003–2017 között, mind országos, mind megyei szinten.

Vas és munkatársai ágyszám elemzésükben a regionális egyenlőtlenségekre hívták fel a figyelmet: „Az ágyszámcsökkenés markánsan megvalósult azonban jelentős eltérés mutatkozik az aktív és a krónikus ágy-számok tekintetében is. Az ágyszámok eltérő csökkenése volt látható a régiók között.” (Vas et al., 2009)

Az ágyszámok mellett jelentősen változott a krónikus ellátások finanszírozása is. A 2007. április 1-i ágyszám változást a finanszírozási szorzók átalakítása követte (Boncz et al., 2015; Endrei et al., 2014). A krónikus ágyszámok, ezen belül különösen a rehabilitációs ágyak számának növekedése az aktív ellátásban részesült betegek további betegútjához biztosított háttérrel (Molics et al., 2012; Molics et al., 2015; Molics et al., 2013). Az ágyszám változással közel egyidőben került bevezetésre a vizitdíj Magyarországon, ami érdemben befolyásolta a betegforgalmat, az egészségügyi ellátások igénybevételét (Boncz et al., 2008; Nagy et al., 2008).

A 2007. április 1-ével végrehajtott jelentős ágy-szám struktúra módosítás ugyanakkor felveti azt a kérdést is, hogy a megnövekedett krónikus ágy-számhoz szükség volt, és ma is szükség lenne jelentős humán erőforrás fejlesztésre, különösen az egészségügyi szakdolgozók terén. A megfelelő szakdolgozói kompetenciák kialakítása, a kiterjesztett hatáskörű ápolók képzése és megfelelő hatáskörrel való ellátása jelentősen javíthatja az egészségügyi ellátás minőségét (Ács et al., 2013; Juhász et al., 2016; Oláh et al., 2007; Oláh; 2019).

A későbbiekben a vizsgálat kiterjesztése szükséges a krónikus ellátási igény kimutatásának céljából. Az ágykihasználtsági adatok mellett a tízezer lakos-ra jutó ágyszám vizsgálata is indokolt. Az átlagos életkor és a születéskor várható átlagos élettartam vizsgálatával kimutatható a krónikus ellátási igény növekedése.

A kutatás során a krónikus ágy-számok és az ágykihasználtsági mutatók elemzése után képet kaptunk arról, hogy az ellátórendszer felkészült-e ekkora betegáramlás befogadására. A fekvőbeteg intézményekben a túlpolás mértéke jelentős mértéket mutat, mely ösztönözi a vezetőket a változtatásra. A krónikus ápolási ellátási forma újragondolása előtérbe kerül intézményi szinten is. Megerősítendő a geriátriai szemlélet, valamint a krónikus és ápolási ellátás intézménye.

A vizsgált időszakban jelentős mértékben átalakult a fekvőbeteg ellátási struktúra, de az idősödő társadalom egyre nagyobb terhet ró az aktív ellátó rendszerre. Az ellátórendszernek alkalmazkodnia kell az idősödő társadalmi igényekhez, az egészségpolitikai változásokhoz is.

Az ápolási idő megrövidülésével, vagy a krónikus ágy-számok növelésével az igény kielégítése megvalósítható lenne. Azonban az igény kielégítésére, a szükséges ellátó osztályok kialakításához a humán erőforrás és tárgyi feltételek biztosítása nehezen megvalósítható.

A kutatás az Innovációs és Technológiai Minisztérium támogatásával a Pécsi Tudományegyetem Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program (Kód: 20765-3/2018/FEKUTSTRAT) és a Témaerületi Kiválósági Program (Kód: TUDFO/51757-1/2019-ITM) támogatásával készült.

Irodalomjegyzék

1. Ács P, Stocker M, Oláh A. (2013). The determination of economic and public health benefits achievable by increasing regular physical exercise. *Abstract - Applied studies in agribusiness and commerce*, 8:(1) 5-14.
2. Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. (2009). A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47(4):3-7.
3. Ágoston I. (2013). A kórházi kapacitások és szabályozásuk fejlődéstörténete. PhD értekezés, PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola.
4. Barta K., Rajki V. (2012) Az idősellátás aktualitásai az ápolás aspektusai tükrében a sárvári Önkormányzati Kórház egyes betegosztályain. *Nővér*, 25(1): 1-44.
5. Betlehem J, Horvath A, Jeges S, et al. (2014). How healthy are ambulance personnel in Central Europe? *Eval Health Prof.* 37(3):394-406.
6. Boncz I, Evetovits T, Dózsa Cs, et al. (2015). The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program. *Value Health Reg Issues*. 7:27-33.
7. Boncz I, Nagy J, Kőrösi L, Kövi R, Molnár A, Kiss Z, et al. (2008). The effect of the introduction of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary. *Value Health*, 11(6):A368-369.
8. Boncz I, Nagy J, Sebestyen A, Korosi L. (2004). Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ*. 5(3): 252-258.
9. Boncz I, Sebestyen A. (2006a). Economy and mortality in Eastern and Western Europe between 1945-1990: the largest medical trial of history. *Int J Epidemiol*. 35(3):796-797.
10. Boncz I, Sebestyen A. (2006b). A. Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. *Lancet*. 368(9539):917-918.
11. Boncz I, Vajda R, Ágoston I, et al. (2014). Changes in the health status of the population of Central and Eastern

- European countries between 1990 and 2010. *Eur J Health Econ*. 15(S1): 137-141.
12. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I. A teljesítmény-volumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására. *Orv Hetil*. 2010;151(31):1270-4.
 13. Endrei D, Molics B, Ágoston I. (2014). Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical technologies: Real-World Experiences from Hungary. *Value in Health*, 17(4):487-489.
 14. Endrei D, Zemplényi A, Molics B, et al. (2014). The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. *Health Policy*. 115(2-3):152-156.
 15. Gulácsi L, Brodszky V, Péntek M, Varga Sz, Vas G, Boncz I. (2009). History of health technology assessment in Hungary. *Int J Technol Assess Health Care*. 25(S1):120-126.
 16. Juhász K, Boncz I, Patczai B, et al. (2016). Risk factors for contralateral hip fractures following femoral neck fractures in elderly: analysis of the Hungarian nationwide health insurance database. *Eklem Hastalik Cerrahisi*. 27(3):146-52.
 17. Központi Statisztikai Hivatal. (2017) http://www.ksh.hu/thm/2/ind2_1_2.html (Baranya megye, Magyarország 2017.)
 18. Molics B, Ágoston I, Endrei D, et al. (2012). A fizioterápiás jellegű tevékenységek éves egészségbiztosítási finanszírozásának meghatározása a járóbeteg-szakellátásban. *Nővér*, 25(6):21-27.
 19. Molics B, Boncz I, Leidecker E, et al. (2015). A neurológiai kórképek fizioterápiás ellátásának egészségbiztosítási vonatkozásai a járóbeteg-szakellátásban. *Ideggyogy Sz*. 68(11-12): 399-408.
 20. Molics B, Kránicz J, Schmidt B, et al. (2013). A fizioterápiás jellegű tevékenységek igénybevételi mutatói a járóbeteg szakellátásban az alsó végtag traumatológiai kórképek esetében. *Orv Hetil*. 154(25):985-92.
 21. Nagy J, Dózsa Cs, Boncz I. (2008). Experiences with the application of the DRG principle in Hungary. In: The globalization of managerial innovation in health care (pp. 284-319.) Editors: Kimberly, John R, Pouvourville, Gérard de; D'Aunno, Thomas A. Cambridge University Press. (ISBN: 978-0-521-88500-3)
 22. Nagy J, Kövi R, Sebestyen A, Kiss Z, Molnár A, Kőrösi L, et al. (2008). The effect of the introduction of hospital daily fee on the number of admissions to acute care hospital wards Hungary. *Value Health*, 11(6):A368.
 23. Oláh A, Betlehem J, Kriszbacher I, et al. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *J Adv Nurs*. 58(3):301-2.
 24. Oláh A. (szerk.) (2019). Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemcire. *Egészség-Akadémia*, 10(Suppl1):1-82.
 25. Vas G, Imhof G, Ágoston I, et al. (2009). A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47 (4):5-11.



KITEKINTÉS

Az ápolás jövője 2020-2030

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD

Az évtizedfordulóhoz (2021. január 1-jéhez) közeledvén számos szervezet fogalmazza meg a szakterületére vonatkozó jövőképet, irányelvet, és az elérésükhöz vezető ajánlásokat. Miközben előretekintenek egyben számot is vetnek az elért eredményekkel, hogy a következő évtizedre tervezett stratégia kiindulópontját meghatározzák. Természetesen mindehhez rendkívül fontos az alapos szakmai és társadalmi egyeztetések lefolytatása, hogy később az akár több évtizedet is meghatározó stratégiai célokhoz kapcsolódó cselekvési tervek a lehető legszélesebb támogatottsággal rendelkezzenek.

Jelen kitekintésben egy ilyen konszenzuson alapuló jövőképet szeretnék röviden bemutatni, melyet az Amerikai Egyesült Államokban ápolók, egészségügyi vezetők és döntéshozók állítottak össze.

Az Amerikai Orvosi Akadémia (The National Academy of Medicine (NAM)) 10 évvel ezelőtt tette közzé a mérőföldkönek számító jelentését „*Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*” címmel, mely ajánlásokat tartalmazott a magas színvonalú betegellátáshoz való hozzáférés javításához és az ápolás révén Amerika egészségesebbé tételéhez. A 2010. évi főbb célkitűzések a következők voltak:

- Az ápolóknak képeseknek kell lenniük a képzésük és gyakorlataik során elsajátítottak teljeskörű alkalmazására, végzésére.
- Az ápolóknak magasabb szintű oktatási és képzési szintet kell elérniük egy olyan továbbfejlesztett oktatási rendszer révén, amely elősegíti a zökkenőmentes tanulmányi továbbjutást, továbbtanulást.
- Az ápolóknak teljes jogú, egyenrangú partnerévé kell válniuk az orvosoknak és más egészségügyi szakembereknek az amerikai egészségügyi rendszer újratervezésében.
- A hatékony munkaerő-tervezés és szakpolitikai döntéshozatal jobb adatgyűjtést és jobb információs infrastruktúrát igényel.

A 2010. évi jelentés és jövőkép meghatározásakor – mivel az egészségügyi reform épp napirenden volt – úgy gondolták, hogy az ápolók új és kiterjesztett szerepköröket tölthetnek be, mind a betegellátás koordinálásában, mind az egészségfejlesztésben, mind pedig a minőség fejlesztésében. Egyértelműen megfogalmazásra került, hogy az ápolói munkaerő kapacitásának fejlesztése, a szakmaközi együttműködés elősegítése és a sokszínűség javítása nélkülözhetetlen. Az ajánlások megvalósításának megcélzott határideje 2020 volt.

A következő évtizedbe való átlépés előtti 2019-es értékelés során „*példátlan*” mértékű fejlődésnek minősítették az eddig elért eredményeket, melyek közül az alábbiakat lehet kiemelni.

A képzés területén célkitűzésként fogalmazták meg, hogy 2020-ra az ápolók 80%-a rendelkezzen BSc szintű végzettséggel. A kiindulási érték 2010-ben 49% volt, melyet 2017-re 56%-ra tudtak növelni. Emellett céljuk volt a PhD fokozattal rendelkező ápolók számának 2020-ig történő megduplázása is, melyet sikerült túltejesíteniük, hiszen 2017-re már háromszorosára nőtt a számuk.

A mindennapi gyakorlathoz, munkavégzéshez kapcsolódóan célul tűzték ki, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) kapjanak lehetőséget arra, hogy a képzésük és gyakorlataik során elsajátítottakat teljes mértékben alkalmazhassák. Az amerikai államok közül 9-ben teljes körűen korszerűsítették a törvényeket, melynek hatására emberek milliói férhetnek már hozzá az APN-ek által nyújtott ellátás teljes skálájához. További 6 államban jelentősen fejlesztették a törvényi előírásokat, míg 10 állam fokozatosan hajtja végre a fejlesztéseket, hogy növeljék az ellátottak hozzáférését a magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz.

Az elérendő célok között hangsúlyosan szerepelt az is, hogy az egészségügyi döntéshozóknak gondos-

DR. HIRDI Henriett Éva PhD címzetes főiskolai docens, területi gyakorlatvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest
osztályvezető, Nemzeti Adó- és Vámhivatal Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézete, Budapest
elnök, Federation of Occupational Health Nurses within the European Union

Levelező szerző (correspondent): DR. HIRDI Henriett Éva; E-mail: hirdi.henriett@gmail.com

kodniuk kell arról, hogy a vezetői pozíciók az ápolók számára is elérhetőek legyenek és betölthessék azokat. Az elképzelés az volt, hogy 2020-ig legalább 10 000 ápoló kerüljön vezető pozícióba. Ennek kicsit több mint felét sikerült elérniük.

Prioritásként fogalmazták meg az ápolói munkaerő sokszínűségének, sokféleségének elérését is. Ennek eredményeként a kisebbségi csoportba tartozó ápolók száma 43%-kal, míg a férfi ápolók száma 29%-kal emelkedett.

A 2020-2030-ra kiterjesztett jövőkép

A 2010-2020 közötti évtized eredményeinek áttekintése után a szakértői bizottság úgy döntött, hogy a megfogalmazott jövőképet, célkitűzéseket a megvalósítás érdekében 2030-ig kiterjeszti, és emellett felvázolja az ápolói hivatás útját. Mindezt annak érdekében, hogy elősegítsék a nemzet egészségkultúrájának fejlesztését, csökkentsék az egészségügyi különbözőségeket, és javítsák az Egyesült Államok lakosságának egészségét és jóllétét a XXI. században. Ezenfelül, természetesen a COVID-19 pandémia kapcsán újonnan megjelenő tapasztalatokat felhasználva ajánlásokat fogalmaznak még meg az ápolók szerepéről a járvány okozta válság kezelésében, mely során a bizottság az alábbi témaköröket fogja mérlegelni:

- Az ápoló jóllétének és ellenálló képességének fontosságát, annak érdekében, hogy a magas színvonalú ellátást biztosítani tudják és a közösség egészségének javításában részt vegyenek.
- Az ápolók szerepét a természeti és ember okozta katasztrófák következtében felmerülő vészhelyzetekre.
- Az ápolók szerepét az egyének, a családok és a közösségek egészségének javításában az egészség társadalmi meghatározóinak kezelése révén, hatékony, igazságos és hozzáférhető ellátás biztosítását mindenki számára az egész ellátási folyamat során, valamint a rendszert segítő és gátló tényezők azonosítását.

• Az ellátás folyamatába az ápolók minden szintjének beépítését, kialakítva a kollaborációs modelleket az egészségkultúra fejlesztése során felmerülő kihívások kezelése érdekében.

• Az ápolók szerepének megerősítését abban, hogy az egyének, a családok és a közösségek érdekeinek hangot adva legyenek a klinikai és közösségi egészségügyi ellátórendszerek megtervezve és működtetve.

• A képzés és a kompetencia fejlesztését, mely elengedhetetlen ahhoz, hogy az ápolók, ideértve az APN-eket is, felkészüljenek az akut ellátási környezeten kívüli munkavégzésre, és részt vegyenek az egészségkultúra kiépítésében.

• Az ápolók azon képességét, hogy olyan rendszereket hozzanak létre, amelyek áthidalják az egészségügyi ellátást és a szociális ellátást a közösségekben.

Összefoglalás

Mint, ahogy a bevezetőben említettem számos szervezet hívja fel a figyelmet mind nemzetközi, mind pedig nemzeti szinten az ápolók tevékenységének jelentőségére, illetve megszerzett ismereteik hatékonyabb alkalmazására. Többek között a WHO is felszólította a kormányokat, hogy az egészséges Európa érdekében investáljanak a betegápolói szakmába, megfogalmazva 10 ajánlást az ápolószemélyzet erősítésére.

Végezetül pedig azt is fontos kihangsúlyoznunk, hogy hazánkban is elkészült „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” címmel egy vitairat, melyben megfogalmazott fejlesztések megvalósítását a szerzők szintén 2030-ig tartják szükségesnek.

Irodalomjegyzék

1. „A WHO felszólítja a kormányokat, hogy az egészséges Európa érdekében investáljanak a betegápolói szakmába”. (2020). NÖVÉR. 33(2). 39-40.
2. „Future of Nursing 2020-2030: Extending the vision”. (2019). AMERICAN NURSE TODAY. 14(5). 64-66. Hozzáférhető: 2020.12.08. Letölthető: <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2019/05/May-2019-Frontline-FINAL.pdf>
3. National Academy of Medicine. (2020). „The Future of Nursing 2020-2030” Hozzáférhető: 2020.12.08. Letölthető: <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>
4. Oláh, A. et. al. (2019). „Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire”. Hozzáférhető: 2020.12.08. Letölthető: <http://www.apolasfejlesztesisstrategia.hu/02.html>

PÁLYAVÁLASZTÁS 2021

CSAPATBAN
A LEGJOBB

SZAKMÁK,
SZAKIRÁNYOK

EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK

ISKOLÁK



AZ EN

»5«
PORTRÉ

UTAM

hivatasunk.hu



